RV: Radicación demanda - Reparación Directa

Recepcion Demandas Administrativos - Meta - Villavicencio <repartoadmvcio@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 4/12/2020 10:37 AM

Para: Juzgado 01 Administrativo - Meta - Villavicencio <j01admvcio@cendoj.ramajudicial.gov.co>

1 archivos adjuntos (21 KB)

50001333300120200023200_ActaReparto_4-12-202010_24_38a.m.pdf;

Buenos días:

Comedidamente me permito enviar acta de reparto.

Cordialmente;

Oficina Judicial - Reparto
Dirección Seccional de Administración Judicial Villavicencio
Calle 36 No. 29-35/45 San Isidro
Tel. 6701040 Ext. 130 Villavicencio - Meta

De: Alejandro Ballen <alejandroballen1@gmail.com>
Enviado: martes, 17 de noviembre de 2020 8:00
Para: Recepcion Demandas Administrativos - Meta - Villavicencio <repartoadmvcio@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Cc: notificacionesjudiciales@esemeta.gov.co <notificacionesjudiciales@esemeta.gov.co>; gerencia@esemeta.gov.co <gerencia@esemeta.gov.co>; quejasyreclamos@mallamaseps.com.co <quejasyreclamos@mallamaseps.com.co>; contactenos@mallamaseps.com.co <contactenos@mallamaseps.com.co>; administrativo@altillanuraambulancias.com <administrativo@altillanuraambulancias.com>; altillanuraambulancias@gmail.com <altillanuraambulancias@gmail.com>
Asunto: Radicación demanda - Reparación Directa

Cordial saludo, de manera comedida y respetuosa me permito remitir demanda y sus anexos, en ejercicio del medio de control de reparación directa de FRANCY ELENA ROJAS y Otros, en contra de ESE Departamental del Meta "Solución Salud" y Otros.

Mil gracias por su atención.

- **Anexos.zip**
- **Constancia Conciliación Procuraduría.pdf**
- **Demanda.pdf**
- **Poderes.pdf**
- **Prueba 9.pdf**
- **Prueba 16.pdf**

Pruebas 1 a 8.pdf

Pruebas 10 a 15.pdf

Cordialmente,

Alejandro Ballen
Consultoría Jurídica - Responsabilidad civil, médica y del Estado.
Carrera 7 N° 71 - 21, Torre B piso 13
Bogotá D.C.
Teléfono (57)(1) 3192658
Móvil: 3504247363
www.alejandroballen.com

Remitente notificado con
Mailtrack

Señores
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE VILLAVICENCIO - META.
Reparto

Asunto: **MEDIO DE CONTROL – REPARACIÓN DIRECTA**

Demandantes: **FRANCY ELENA ROJAS Y OTROS.**
Demandado: **E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD" y Otros.**

El suscrito**, ALEJANDRO BALLEN,** mayor de edad y vecino de Bogotá D.C, identificado con cédula de ciudadanía número 80.226.754 de Bogotá, abogado, portador de la T. P. No. 210.738 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado judicial de las personas que adelante relaciono, manifiesto a usted que promuevo demanda en contra de **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD", MALLAMAS E.P.S. – I** y **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.,** en ejercicio del medio de control **REPARACIÓN DIRECTA** consagrado en el artículo 140 de la ley 1437 de 2012 o **C.P.A.** y **C.A.** y para que surtidas las etapas del proceso ordinario, consagrado en los artículos 179 y siguientes de la misma codificación, mediante sentencia que tenga fuerza de cosa juzgada, se profieran favorablemente las pretensiones que más adelante señalaré, a fin de obtener la indemnización de los perjuicios causados con ocasión del fallecimiento de la hija por nacer de la paciente **FRANCY ELENA ROJAS**, por la falla en la prestación del servicio público de salud de que fue víctima, en hechos ocurridos entre los días 10 y 11 de enero de 2020, conforme a lo narrado en el correspondiente acápite.

PARTES

DEMANDADOS:

1°. **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD",** entidad de derecho público representada legalmente por su gerente general, quien sea, lo represente o haga sus veces, a la cual se encuentra adscrito el Hospital Local de Puerto Gaitán, entidad directamente relacionada con la atención en salud primaria deficiente que se prestó a la paciente, al permanecer en "observación" durante más de 24 horas, cuando los protocolos recomiendan la atención del parto de manera inmediata, conforme a los hechos que adelante se relatan.

2°. **MALLAMAS E.P.S. – I.** Entidad Prestadora de salud Indígena, persona jurídica de derecho público, representada legalmente por su gerente general, quien sea, lo represente o haga sus veces, convocada como responsable solidaria por la tardanza injustificada en la autorización de los diferentes servicios médicos (referencia y contrareferencia) que requería el estado clínico de la paciente.

3°. **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.** (En aplicación de la figura procesal del fuero de atracción), entidad de derecho privado, identificada con NIT 900.624.392-5, representada legalmente por el Dr Cesar Eduardo Tarazona Gómez, quien sea, lo represente o haga sus veces, por su responsabilidad en la conducta negligente desplegada por el personal tripulante de la ambulancia en la cual se remitió a la paciente desde Puerto Gaitán hasta Villavicencio, al detenerse en el municipio de Puerto López a "tomar tinto y fumar

cigarrillo" (según se probará en el trámite procesal) cuando la condición clínica de la gestante recomendaba la atención urgente del parto en la ciudad de Villavicencio, destino en donde se diagnosticó el óbito fetal.

DEMANDANTES:

Como demandantes comparecen:

1º. FRANCY ELENA ROJAS, mayor de edad, mujer indígena de la etnia Sikuani, perteneciente al resguardo Domo Planas con domicilio y residencia en la vereda Planas del municipio de Puerto Gaitán - Meta, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.148.205.130 de Cumaribo – Vichada, como paciente y madre de la criatura por nacer que falleció ante el actuar de los demandados.

2°. LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 88.174.996 de Tibú, con domicilio y residencia en la vereda Planas del municipio de Puerto Gaitán - Meta, como padre de la criatura por nacer que falleció ante el actuar de los demandados.

3°. EDUARDO CHIPIAJE AMAYA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 6.847.823 de Cumaribo - Vichada, con domicilio y residencia en el asentamiento indígena Únuma - casco urbano del municipio de Puerto Gaitán - Meta, como padre de crianza de la paciente y con quien tiene parentesco de afinidad en primer grado.

4°. ELVIA ROJAS GARCÍA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 30.217.673 de Cumaribo - Vichada, con domicilio y residencia en el asentamiento indígena Únuma - casco urbano del municipio de Puerto Gaitán - Meta, como madre de la paciente y abuela de la criatura por nacer que falleció ante el actuar de los demandados.

5°. FILOMENA MENDOZA DE BOADA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 27.609.381 de Tibú, con domicilio y residencia en la vereda Planas del municipio de Puerto Gaitán - Meta, como abuela paterna de la criatura por nacer que falleció a consecuencia del actuar de los demandados.

6°. DARLYN JOHANNA ARÉVALO MUNAR, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.072.195.780 de Sibaté - Cundinamarca, con domicilio y residencia en la Cra 10 Nº 4B-51 Bloque 2 apto 101 Balcones de San José, Barrio el Progreso, Sibaté - Cundinamarca, como hermana paterna de la criatura por nacer que falleció a consecuencia del actuar de los demandados.

PRETENSIONES

1º. Que se declare la responsabilidad administrativa y/o civil extracontractual de los demandados, según corresponda, como consecuencia de la conducta negligente de la cual fue víctima la paciente **FRANCY ELENA ROJAS** en la atención del parto de su hija, inicialmente, por parte del demandado **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"** al dejarla en "observación" ante un diagnóstico de ruptura temprana de membranas, durante un lapso superior a las 24 horas. Conducta negligente a la que se sumó la EPS- I Mallamas, al retrasar injustificadamente las autorizaciones pertinentes que requería la paciente para su

atención en un centro de mayor complejidad, agravada por la indolente conducta del personal de la tripulación de la ambulancia adscrita al demandado **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.**, al detenerse en el municipio de Puerto López a "*tomar tinto y fumar cigarrillo*" conducta absolutamente impropia para los profesionales que tenían a su cargo trasladar a la paciente hasta la ciudad de Villavicencio con la premura propia que requería una paciente obstétrica con diagnóstico de ruptura temprana de membranas, negligencias que en suma, degeneraron en el diagnóstico del óbito fetal cuando la paciente finalmente arribó a la Clínica del Meta S.A., en la ciudad de Villavicencio**,** todo lo anterior en hechos ocurridos entre el 10 y el 11 de enero de 2020

2º. Como consecuencia de lo anterior y a título de reparación integral, se solicita que la entidad demandada reconozca y pague a los demandantes las siguientes sumas de dinero:

Causante				
Hija por nacer de Francy Elena Rojas				
Solicitante	**Parentesco**	**Perjuicios Morales**	**Daño a la Vida de Relación**	**Afect. Derechos Constit. Rec.**
FRANCY ELENA ROJAS	Madre	$ 87.780.300,00	$ 87.780.300,00	$ 87.780.300,00
LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA	Padre	$ 87.780.300,00	$ 87.780.300,00	$ -
ELVIA ROJAS GARCÍA	Abuela	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
EDUARDO CHIPIAJE AMAYA	Abuelo	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
FILOMENA MENDOZA DE BOADA	Abuela	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
DARLYN JOHANNA ARÉVALO MUNAR	Hermana	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
	Subtotal	**$ 351.121.200,00**	**$ 351.121.200,00**	**$ 87.780.300,00**
	Gran Total	**$**		**790.022.700,00**

3°. Que sobre las sumas anteriores se reconozcan intereses corrientes y moratorios en las condiciones previstas en el inciso tercero del artículo 192 del C. P. A y de lo C. A.

4°. Que a las sumas que sean reconocidas se le integren los intereses moratorios a partir del momento en el que quede ejecutoriado el auto aprobatorio de este acuerdo conciliatorio, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo del artículo 192 del C. P. A y de lo C. A.

MEDIDAS DE REPARACIÓN NO PECUNIARIAS

5°. Como medida resarcitoria no pecuniaria solicito se **CONDENE** a los demandados de manera conjunta, a la celebración de una ceremonia pública en la plazoleta principal del municipio de Puerto Gaitán en la cual cada uno de los representantes legales de los demandados haga reconocimiento del error médico que le corresponda y que contribuyó al fallecimiento de la hija por nacer de la paciente **FRANCY ELENA ROJAS**, expresando su rechazo a las conductas de sus funcionarios involucrados en la prestación fallida del servicio, ofreciendo excusas públicas a los demandantes y a la etnia Sikuani y en donde se comprometan a adoptar los protocolos necesarios que garanticen la efectividad de los derechos humanos de los pacientes, indígenas y no indígenas, esto es, la garantía de no repetición de tratamientos similares a pacientes que sean atendidos en el futuro por los demandados; ceremonia a la que serán invitados, además de los demandantes, los representantes de las principales autoridades del municipio, así como las principales autoridades del resguardo indígena Domo Planas, al cual pertenecía la criatura por nacer.

6°. Que una copia del acta que se levante de dicha ceremonia sea publicada por cada uno de los demandados en lugar visible de sus instalaciones físicas y en sus correspondientes páginas web, por un término de un mes calendario, para el conocimiento del personal dependiente y sus usuarios, a efectos de generar conciencia de la especial protección en sus derechos fundamentales al acceso a los servicios de salud de la cual gozan los pacientes indígenas y no indígenas, usuarios de sus servicios.

HECHOS RELACIONADOS CON EL DEMANDADO E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD".

1. La Señora **FRANCY ELENA ROJAS**, indígena de la etnia Sikuani, madre gestante, acudió al Hospital Local de Puerto Gaitán en busca de atención médica por ruptura de fuente, el día 10 de enero de 2020 sobre las 3 PM.

2. Allí se le diagnosticó ruptura prematura de membranas sobre las 5:15 PM y se decide dejarla en observación.

3. Mediante registro en historia clínica de fecha 11 de enero de 2020 a las 00:08 minutos se consigna: "*SE CONSIDERA REMITIR A OTRA INSTITUCION PARA VALORACIÓN Y MANEJO POR GINECOLOGÍA*".

4. La historia clínica de la paciente no contiene la información relacionada con el sistema de referencia de la paciente con destino a la Clínica del Meta S.A. en la ciudad de Villavicencio.

5. Dicho centro de atención es adscrito a la **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD".**

HECHOS RELACIONADOS CON EL DEMANDADO MALLAMAS E.P.S.-I.

6. Mallamas E.P.S-I autoriza la remisión de la paciente a Inversiones Clínica Del Meta S.A. a la 13:07 pm del 11 de enero de 2020.

7. Sin embargo, el traslado asistencial medicalizado terrestre de la paciente solo es autorizado a las 17:17 pm, para lo cual se delega al prestador de servicios **PREVENCIÓN INTEGRAL EN SALUD I.P.S. S.A.S**. – **PREVIS S.A.S.**

HECHOS RELACIONADOS CON EL DEMANDADO ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

8. Por razones desconocidas para los demandantes, el servicio de ambulancia es prestado por un tercero distinto al prestador autorizado, esto es, por el demandado **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S**. quienes recogen a la paciente a las 7:20 PM, según sus propios registros.

9. Durante el trayecto entre Puerto Gaitán a Villavicencio la ambulancia se detiene en Puerto López, donde los tripulantes, a excepción del conductor, bajan del vehículo a tomar café y fumar cigarrillo, mientras la paciente parturienta aguarda al interior de la ambulancia.

10. La paciente es entregada en la Clínica del Meta S.A. en Villavicencio a las 11:10 pm del 11 de enero de 2020.

11. En registro de historia clínica de la Clínica del Meta S.A. de las 23:32 se encuentra ausencia de frecuencia cardiaca fetal, confirmándose el óbito fetal con imágenes diagnósticas a las 23:56 horas.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, Art. 24.

Convenio N° 169 de la O.I.T. Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, aprobado mediante Ley 21 de 1991, arts 24 y 25.

Ley 691 de 2001.

Sentencia T-024 de 2004 Corte Constitucional.

Auto 004 de 2009 Corte Constitucional.

Documento "Plan Salvaguarda del Pueblo Indígena Sikuani de los Llanos Orientales de Colombia", Convenio número 133 de 2012 entre Ministerio del Interior y la Organización Nacional Indígena de Colombia.

Constitución Política de Colombia, Artículos 2º, 49° y 95°.

Ley 23 de 1981, Arts. 1, 3, 13 y 15, y en su Decreto reglamentario 3380 de la misma anualidad

Resolución N° 13437 del 1° de noviembre de 1991 del Ministerio de Salud.

Ley 100 de 1993, artículos 1º, 2º, 3º, 4º, 152, 153, 168, 177, 178, 185, 188 y demás concordantes.

Decreto 780 de 2016 art. 3°.

Ley 446 de 1998, art. 16.

Código Civil, Artículo 63, 1610, 1614, 2341, 2343, 2344, 2347, 2356 y demás normas concordantes.

CONCEPTO DE VIOLACIÓN:

VICTIMIZACIÓN COMO MUJER INDIGENA

La Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas fue aprobada por la Asamblea General el jueves 13 de septiembre de 2007, y en ella se establece, en su artículo 24 lo siguiente:

"*1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y*

minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo." Subrayas fuera del texto.

Y es precisamente allí en donde inicia la vulneración flagrante de los derechos de la paciente, quien, recordemos, pertenece a la etnia Sikuani y cuya situación era conocida suficientemente por los demandados comoquiera que aquella es afiliada a una EPS indígena como lo es Mallamas y en tal sentido, debió garantizársele el acceso al servicio de salud que requería en virtud de su estado clínico, al necesitar, sin dilación, de una atención eficiente de su parto.

De otra parte, ya con anterioridad el Estado colombiano disponía de un mecanismo legal efectivo para la garantía de los derechos relativos a la salud de la población indígena, al aprobarse el **CONVENIO N° 169 SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS Y TRIBALES EN PAÍSES INDEPENDIENTES**, mediante la Ley 21 de 1991, específicamente en sus artículos 24 y 25, en donde se consignó:

"Artículo 24°. Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

Artículo 25º
1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país."

Lo anterior da muestra de un sólido compromiso por parte del Estado en el sentido de dar un tratamiento prevalente a la necesidad de atención en salud de la población indígena, por lo cual sus agentes y delegatarios no pueden desconocer de manera alguna el compromiso dispuesto en la legislación en cita. Pero, en el caso que aquí nos convoca ocurrió todo lo contrario, por cuanto se sometió a la paciente a una inhumana espera superior a las 24 horas para que se hiciera lo necesario frente a la atención de su parto, situación que, como es natural, conllevó al fallecimiento de la criatura ante la indolente espera.

Por si quedaran dudas al respecto, la Ley 691 de 2001 señala con absoluta claridad el régimen preferente que deberá aplicarse en términos de atención en salud que requiera la población indígena, al disponer:

"Artículo 1o. Aplicación. *La presente ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, entendiendo por tales la definición dada en el artículo 1o. de la Ley 21 de 1991."*

*"**Artículo 2o. Objeto.*** *La presente ley tiene por objeto proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas."*

La síntesis de estas obligaciones de garantía del derecho a la salud en relación con los pueblos indígenas en cabeza del Estado, lo condensa de la siguiente manera la Corte Constitucional:

"Con todo, tal como lo ha señalado esta Corporación, el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural (C.P. art. 7), justifica que se dicten disposiciones especiales dirigidas a las comunidades indígenas. En materia de salud, existen elementos culturales (como la concepción de la enfermedad y su tratamiento) y socioeconómicos (como la existencia de una economía colectiva por oposición al mercado), que, de no considerarse en su justa dimensión, hacen más difícil el acceso y disfrute efectivo de los beneficios del sistema de seguridad social en salud". Subrayas del memorialista.

Uno de los aspectos donde se proyecta la autonomía de los pueblos indígenas es el de la seguridad social y la salud. Al respecto, el Convenio 169 de la OIT…dispone que los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna (artículo 24), para lo cual preceptúa que los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios "bajo su propia responsabilidad y control", a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (art. 25.1)… Agrega el Convenio que los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario, y que deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados teniendo en cuenta "sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales"[1].

En la sentencia T-024, la Corte Constitucional planteó la grave situación de la población en condición de desplazamiento, haciendo especial referencia a aquellos grupos que tienen un mayor riesgo "*Dada la condición de extrema vulnerabilidad de la población desplazada, no sólo por el hecho mismo del desplazamiento, sino también porque en la mayor parte de los casos se trata de personas especialmente protegidas por la Constitución –tales como mujeres cabeza de familia, menores de edad, minorías étnicas y personas de la tercera edad*".

A partir de esta sentencia la corte insta al Estado colombiano a tomar medidas y mecanismos efectivos para la protección de los derechos de la población que se encuentra en mayor riesgo.

[1] Sentencia T-713 de 2011.

Allí mismo se declaró el *ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL* en donde se establecen varios elementos sobre la grave crisis por la que están atravesando los desplazados, entre ellos:

1. La constante y masiva violación de los derechos constitucionales;

2. La ausencia de las instituciones estatales frente a la atención y acciones respecto a la población en condición de desplazamiento, ausencia que se evidencia en el aumento de acciones de tutelas como una herramienta viable para proteger los derechos fundamentales;

3. La falta de medidas para prevenir y atender la vulneración de derechos humanos a la población indígena.

En consecuencia, la corte exigió al Estado corregir esta situación, reiterando la obligación de las entidades nacionales y territoriales encargadas de la atención de la población desplazada, de cumplir a cabalidad con sus deberes constitucionales y legales.

Con la sentencia T-025 de 2004 se abre la posibilidad a la población en condición de desplazamiento de exigir con mayores herramientas jurídicas la garantía de sus derechos humanos. Cabe anotar que esta solo es posible en tanto el Estado asuma sus responsabilidades y garantice que lo establecido por la Corte y la Constitución no se quede en letra muerta. Para ello se emitió una serie de autos de seguimiento a la sentencia, estableciendo un enfoque diferencial, es decir, con estricto direccionamiento hacia diferentes tipos de población (mujeres, indígenas, entre otros).

El Auto 004 de 2009 dio la primera pauta en torno a la situación de derechos humanos de los pueblos indígenas de Colombia y reconoce la amenaza latente de exterminio de estos, lo cual se ha visto reflejado en el aumento de desplazamiento forzado, asesinato de líderes y diferentes acciones que atentan contra los derechos fundamentales.

Por lo tanto, el Auto determinó que el Estado colombiano tiene una doble obligación frente a la situación de las comunidades indígenas: una de prevención y otra de atención a la población indígena en condiciones de vulneración frente a los derechos humanos, con el fin de mantener la pervivencia y supervivencia de los mismos.

A partir del análisis que la corte realiza sobre la situación de los pueblos indígenas, también se pudo establecer que existen distintos factores que han permitido que estos se encuentren al borde de la extinción física y cultural. La corte calificó esos factores como adyacentes y subyacentes, los primeros generados por el conflicto armado y los segundos por las condiciones estructurales.

Otro elemento relevante del Auto 004 es que, aun cuando se conoce la situación de vulneración de los pueblos indígenas, no hay datos exactos al respecto, por lo cual se hace necesario contar con una información actualizada, exacta y detallada de los pueblos indígenas que se encuentran en mayor riesgo de extinción. Para ello la corte priorizó a 34 pueblos con el fin de iniciar este proceso de recolección de

información y la elaboración de los Planes de Salvaguarda. Entre éstos se encuentra el pueblo Sikuani.

Para llevar a cabo el inicio de estos planes, la corte determinó lo siguiente: "*primero que se diseñen e implementen, dentro de sus respectivas órbitas de competencia, un Programa de Garantía de los Derechos de los Pueblos Indígenas Afectados Por el Desplazamiento, con el nombre que los responsables gubernamentales estimen aconsejable ponerle y dos, formulen e inicien la implementación de planes de salvaguarda étnica ante el conflicto armado y el desplazamiento forzado para cada uno de los pueblos identificados en la presente providencia. Estos planes de salvaguarda étnica deben responder, tanto en el ámbito de la prevención del desplazamiento forzado como de la atención a sus víctimas*" (Auto 004 de 2009).

Entonces, los planes de salvaguarda, concebidos por la Corte Constitucional como instrumentos fundamentales de atención y prevención de carácter integral para la garantía de pervivencia de los pueblos indígenas en riesgo de exterminio en el marco de conflicto armado, deben reflejar la transversalidad de los componentes de prevención y atención de la población indígena en mayor riesgo de exterminio, con especial énfasis en el derecho a la salud, el cual ocupa un lugar primordial en la gestión de la pervivencia indígena.

"El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna".

Un derecho a la salud que tratándose de pueblos indígenas debe fundamentarse desde una perspectiva intercultural, ecléctica, en donde, a la vez que se permita conservar y/o fortalecer los contenidos, procedimientos y prácticas medicinales propias, directamente relacionada con la tradición e identidad cultural de los pueblos, también se pueda cumplir con los estándares nacionales e internacionales en cuanto al goce efectivo de este derecho conforme al marco constitucional y legal.

El documento "**Plan Salvaguarda del Pueblo Indígena Sikuani de los Llanos Orientales de Colombia**", Convenio número 133 de 2012 entre Ministerio del Interior y la Organización Nacional Indígena de Colombia, identifica graves y persistentes problemáticas relacionadas con el servicio de salud que se brinda a la población indígena Sikuani, de donde me permito transcribir:

"*Los problemas de salud actuales de nuestro Pueblo Sikuani están relacionados, entre otros, con el debilitamiento cultural de muchas comunidades, el deterioro del medio-ambiente, las relaciones de dependencia con el mundo no indígena, el poco e inadecuado acceso a los servicios de salud que brinda el Estado, y al olvido por parte de los organismos de salud, de las representaciones culturales del proceso de enfermar de nuestras comunidades.*

En este sentido, en los últimos años, Colombia ha dado pasos gigantescos en materia de legislación indígena, y particularmente en el campo de la salud, el decreto 1811 de 1990, la ley 21 de 1991 y posteriormente los decretos reglamentarios y los acuerdos de la ley 100, han dado herramientas para iniciar un trabajo concertado con los pueblos indígenas con el que se pretende el real mejoramiento de nuestras condiciones de salud teniendo en cuenta nuestras particularidades culturales y de diversidad étnica. Infelizmente hasta ahora, en el campo real poco se ha logrado y continuamos con el mismo modelo asistencialista y vertical no solo en lo que concierne a la prestación de servicios de salud, que según los lineamientos de la ley 100 le corresponde a las EPS, sino también a las acciones de promoción y prevención colectiva, responsabilidad del Estado."[2]

(…)

"*En consecuencia el nivel de cobertura y presencia de las instituciones de salud como lo establece el SGSSS es muy bajo con relación a otras regiones del país, lo cual se constituye en un problema más profundo para la población indígena de la región de la Orinoquia debido a sus características geográficas, físicas y culturales. El pueblo indígena sikuani viene padeciendo diversas dificultades y problemáticas de salud a raíz de la baja cobertura y poca calidad de estos servicios, así como de las pocas brigadas extramurales que ofrecen las IPS y ESE departamentales. Estas brigadas deben ir dirigidas a los afiliados (como ya se dijo, no hay datos específicos de los mismo); además, las pocas brigadas que se realizan cubren las comunidades cercanas al casco urbano dejando una gran población de las zonas rurales sin recibir el servicio.*

Cabe resaltar que además de la poca cobertura, estas brigadas tampoco cumplen con la atención diferencial requerida. Otra situación que se presenta en este proceso tiene que ver con el engaño; llegan a las comunidades con planillas (RIPS) que se hacen firmar para demostrar un servicio prestado sin realizarlo. Por ejemplo, se firman planillas de odontología, oftalmología, desparasitación, entre otros, validando de esta manera un servicio no prestado, práctica común realizada por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Finalmente, existe una dicotomía relacionada con la atención en salud a la población indígena sikuani, ya que el SGSSS en esta región no responde a las necesidades sentidas; no obstante, la inconsistencia técnica prestacional de los planes y programas de salud, como también el uso de procedimientos inapropiados para implementar los servicios ha ocasionado problemas irreversibles a nivel de la incorporación de otras prácticas en salud no indígenas que han desplazado y debilitado las propias del pueblo sikuani."[3]

(…)

"*De acuerdo a lo anterior se identificó como problemas específicos los siguientes:*

Baja presencia institucional del gobierno nacional en sus tres niveles, evidenciando pocos esfuerzos para implementar y adecuar los servicios de salud a favor de las comunidades indígenas Sikuani y atención de las enfermedades complejas.

[2] Pág. 92.
[3] Págs 93-94.

No hay presencia de EPS ni de IPS que hagan vigilancia y control de enfermedades más constantemente. Solo se cuenta con la EPSI Mallamas, Pijao Salud, Dusakawi que presta servicios de salud a través de los centros de salud pero no es suficiente, ni eficaz.

No se cuenta con suficientes centros de atención en salud, asimismo se carece de la dotación adecuada para el trato de enfermedades en pacientes. (No hay medicamentos, personal médico, odontólogos, ayudas diagnósticas, medios de transporte para pacientes en remisión de las comunidades a los puntos de atención, tampoco medios de comunicación)."[4]

(…)

La presencia de las instituciones de salud (EPSS, EPSI, ESE) en la región son casi nulas, lo que agudiza la situación de salud, debido a que no se hace una oportuna y adecuada atención en salud a la población. No existen programas de promoción y prevención (Salud Pública), lo cual propicia la vulneración de los principios y procedimientos de consulta previa y concertación de los servicios de salud como derecho fundamental.

(…)

Teniendo en cuenta la problemática presentada, se puede decir que ésta se debe a los altos niveles de rechazo y estigmatización tanto institucional como social hacia la población indígena, lo que ha determinado profundamente la violación al derecho de acceder a los servicios de salud, servicios básicos de saneamiento, programas de salud pública y otros intersectoriales. Además, se evidencia una omisión institucional y negligencia para disponer de planes de contingencia frente a problemas que son posibles de controlar y que se asocian con factores como la desnutrición que visibilizan la grave situación de salud que vulnera los derechos de los indígenas sikuani."

El objetivo general planteado en el documento "**Plan Salvaguarda del Pueblo Indígena Sikuani de los Llanos Orientales de Colombia**", se resume en garantizar la pervivencia física y cultural del pueblo indígena sikuani mediante acciones efectivas elaboradas con la participación de las comunidades y organizaciones, con el propósito de que el Estado corrija y enmiende las injusticias históricas de persecución y exterminio, y así lograr el goce efectivo de los derechos colectivos dentro de los territorios propios, proponiendo dentro de los objetivos específicos relacionados con la prestación de servicios básicos de salud, el "*Identificar los diferentes problemas en salud que aquejan a nuestro pueblo indígena sikuani de la Orinoquía colombiana y proponer el enfoque diferencial para la atención y reparación de los mismos*" así como el "*Diseñar e implementar medidas eficaces a través de procedimientos equitativos y diferenciales, rápidos y justos para hacerle frente a los casos de violación de derechos humanos al interior de los territorios del Pueblo indígena sikuani, para garantizar el debido proceso y una atención, reparación integral de toda violación a los derechos individuales y colectivos, considerando las costumbres, tradiciones, normas y sistemas jurídicos*."

Existe allí mismo el denominado **Eje Prospectivo Salud y Bienestar Social**, que contiene un compendio detallado de las demandas[5] que la propia comunidad Sikuani eleva a los diferentes niveles (nacional, departamental y municipal), ante las graves deficiencias que en tal sentido, sufren y han sufrido históricamente, las cuales me permito reproducir a continuación, no solo por su contundencia sino por

[4] Págs 95 – 96.
[5] Pág 162.

la relevancia que tales llamados de auxilio cobran con el presente litigio, al deducirse que tales ruegos han sido desconocidos abiertamente por cada una de las entidades aquí enjuiciadas:

- ***"Modelo de atención y acceso a los servicios de salud.***

El presente eje por ser de soporte asistencial y prestación de servicios de salud como derecho fundamental del gobierno nacional, a través del SGSSS y las EPSs y EPSI deben garantizar la atención oportuna y eficaz al Pueblo Sikuani:

El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud debe garantizar la participación del Pueblo indígena sikuani, en el proceso de construcción, validación e implementación del "SISPI", el Capitulo Indígena de Salud Pública, la Reforma del SGSSS y otras disposiciones normativas que afecte la población sikuani.

Garantizar el proceso de consulta y concertación de los programas de asistencia en salud acordados entre las comunidades indígenas y las instituciones de salud del gobierno en busca de la articulación de la medicina propia y externa.

Que haya una oportuna y consistente presencia del cuerpo médico en los centros de salud y llevar a cabo visitas periódicas de parte de las IPSI (brigadas mensuales) a las comunidades indígenas sikuani.

Generar programas específicos y adecuados cultural y técnicamente para atender amenazas en salud asociadas a la desnutrición y enfermedades como: la Malaria, Tuberculosis, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda, Alergias en la piel, Dengue, Hipertensión e incluso VIH Sida, entre otras.

Que el gobierno nacional garantice los recursos necesarios para la construcción de centros de salud que cuenten con la dotación necesaria acorde a la demanda de las comunidades indígenas sikuani en la región, con el suficiente personal médico, medios de transporte y comunicación y estrategias de formación en manejo de los mismos. Garantizar los recursos económicos para la sostenibilidad del personal médico, administrativo y funcionamiento de los centros de salud y hospitales, además del personal indígena médico que acompañe a los pacientes en los centros de salud y hospitales.

Que se lleven a cabo las capacitaciones necesarias a promotores y agentes de salud que hagan la asistencia a las comunidades indígenas, que cuenten con la dotación requerida para realizar las visitas médicas periódicamente y capacitar en primeros auxilios.

Aunar esfuerzos sectoriales (Ministerios y secretarias de ambiente, vivienda, salud, INCODER, Ministerio de Defensa, Hacienda, etc.) para erradicar fumigaciones, violación y abuso sexual, vertimiento de aguas negras y contaminantes a las fuentes de agua, ríos y caños que irrigan y abastecen a las comunidades indígenas sikuani presentes en la región de la Orinoquía.

En materia de salud pública establecer los programas y planes necesarios que articulen los planteamientos indígenas y externos para la prevención y promoción de la salud. Acordar programas y proyectos de salud pública acorde a los principios ancestrales del Pueblo sikuani.

Las Instituciones prestadoras y promotoras de salud deben hacer presencia constante en la vigilancia y control de enfermedades causadas por la presencia de animales e insectos vectores de enfermedades.

Concertar y definir con las comunidades, líderes, cabildos y gobernadores indígenas sikuani en ejercicio de su autoridad para diseñar programas que regulen, controlen y vigilen el ingreso de productos alimenticios, medicamentos y dispositivos médicos, especialmente en salud sexual y reproductiva.

Que el gobierno nacional en sus tres niveles garantice la dotación de equipos y materiales para realizar las visitas y campañas médicas periódicamente a cada comunidad sikuani de la región.

Diseñar y acordar proyectos en programas de formación y profesionalización en área de la salud a los promotores, auxiliares de enfermería y jóvenes indígenas sikuani.

Cumplir el derecho de las comunidades y sus autoridades en ser parte del direccionamiento, diseño y trazo de políticas de salud de las EPS y EPSI para la asistencia y desempeño de esas instituciones en los servicios médicos y prestación de servicios de salud."

A estas alturas de la historia de la humanidad, nadie desconoce que la población indígena goza del reconocimiento, promoción y protección de sus derechos humanos, sin discriminación alguna, no solo como colectividad sino en el ejercicio personal de cada uno de sus miembros, no resulta tolerable que las entidades demandadas hayan sometido a la paciente indígena a la vulneración flagrante de sus derechos, primeramente, al no disponerse de su traslado inmediato a un centro de atención de mayor complejidad ante la urgencia de la atención del parto que aquella requería, esto por parte de la **E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"** y de la **EPS- I MALLAMAS** (máxime cuando esta última fue creada específicamente para atender las necesidades de un sector delimitado claramente como históricamente vulnerable y propender por una mejor atención de sus pacientes) y por último, por parte de la tripulación de la ambulancia, dependientes del demandado **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS DE SALUD S.A.S.**, ante la conducta indolente al detenerse durante el traslado de la paciente, a "*tomar tinto y fumar cigarrillo*", tal como lo narrará la propia paciente y su padre, quien la acompañaba, ambos integrantes de la etnia Sikuani y a quienes ni siquiera se pidió concepto sobre la repentina parada.

VICTIMIZACIÓN COMO MADRE GESTANTE

El médico y/o la entidad asistencial, genéricamente hablando, cuando causa un daño antijurídico a un particular, bien sea por impericia, imprudencia, negligencia o violación de los reglamentos, deslegitima la responsabilidad en él delegada por el Estado, ya que transgrede uno de los fines cruciales del mismo, preceptuados en el art. 2 de la Carta Política, cual es el de promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la misma. Así mismo, el máximo estatuto contempla en sus artículos 48º y 49º que la seguridad social y la atención de la salud son servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado, por lo tanto, las entidades demandadas como delegatarias constitucionales del primero, estuvieron siempre obligadas a prestar el mejor servicio frente a la atención que necesitó la señora **FRANCY ELENA ROJAS**, lo

cual hizo de manera deficiente, ineficaz, negligente, pues sus profesionales no fueron diligentes, cada uno en la proporción que adelante se detalla, lo que derivó, en suma, en el fallecimiento de la bebé de la paciente, que estaba por nacer.

El art. 95 del Estatuto Superior establece que el ejercicio de las libertades y derechos implican responsabilidades que deben ser cumplidas por toda persona, conforme a la Constitución y las leyes, respetando los derechos ajenos y no abusando de los propios, directriz que también fue desconocida por las demandadas cuando, siendo su entera responsabilidad profesional, no hicieron lo propio para evitar un empeoramiento del estado de salud de su paciente y su bebé, y más aún, ordenar los traslados urgentes que requería de manera oportuna y diligente, sin demoras injustificadas, tal como lo ordenan la carta política y las leyes que regulan la materia.

Todas las referencias normativas citadas fueron transgredidas por las entidades demandadas, al someter a la paciente **FRANCY ELENA ROJAS**, a una carga inconstitucional, pues la atención primaria y el sistema de referencia fueron retrasados injustificadamente, siendo demostrado en las documentales adjuntas que una sumatoria de negligencias le restaron poco a poco la posibilidad a la paciente de recibir la atención de su parto de manera oportuna y eventualmente, salvar la vida de su primogénita.

Y es que se constituye en un fin del Estado, por ser un servicio público a su cargo, garantizar el acceso a los servicios de salud tanto en la promoción y cuidado, como en el tratamiento eficaz y eficiente de las contingencias que amenacen la salud del administrado, por lo cual ha sido delegada esta responsabilidad en instituciones y profesionales tanto del sector público como privado en igualdad de proporciones, siendo ellos directamente responsables de la garantía de este derecho fundamental, que aquí brilló por su ausencia.

Dentro del proceso se demostrará cómo esta obligación fue desconocida por cada uno de los demandados cuando no puso en práctica en la debida oportunidad todo lo profesionalmente necesario para promover la atención oportuna que el estado de salud de la paciente requería y con ello, evitar la muerte de su bebé, transgrediendo de esta manera el mandato constitucional.

Por su parte, la Ley 23 de 1981 “por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica”, consagra en su Art. 1° una serie de principios que constituyen el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica, entre los que se encuentran algunos como: “ *La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico, social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes*.” *“el método debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación a su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas curativas y de rehabilitación correspondientes”.* (Subraya fuera del texto).

En su art. 3°.la citada norma ordena: "*El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta ley",* mientras que más adelante, en su art. 13, apuntala lo anterior cuando promulga: *"El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales".*

Por su parte, el Art. 15 ibidem ordena que *"El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente."* (subraya fuera del texto).

Tiene directa relación con lo anterior, lo promovido mediante Resolución N° 13437 del 1° de noviembre de 1991 del Ministerio de Salud, en donde se resuelve entre otras cosas:

ARTICULO 1o. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación: Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:
(…)
3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
(…)
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
(…)

De otra parte, la Ley 100 de 1993 en sus artículos 1 a 4, establece los principios fundamentales que orientan el Sistema de Seguridad Social integral en Colombia, el cual, vigilado y controlado por el Estado, busca proteger la salud de toda la población, bajo los criterios de eficiencia, eficacia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación, calificando la Seguridad Social como un derecho irrenunciable garantizado por el Estado ubicándolo en la categoría de servicio público de carácter obligatorio.

En el libro 2º de la misma ley, se establece el objeto, los fundamentos y características del Sistema, donde se trasluce como filosofía y deber del Estado, velar por la salud e integridad de los ciudadanos, lo que significa que surge como un derecho a favor del administrado.

En los artículos 177 y 178, ibídem, establece el régimen de las EPS y sus funciones, señalando en el numeral 6 del artículo 178, que debe establecer los procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios

prestados por las Instituciones prestadoras del servicio de salud, obligaciones legales que fueron a todas luces desobedecidas desde el momento en el que los profesionales adscritos a cada una de las entidades se abstuvieron de actuar con la diligencia y oportunidad que requería la paciente para atender de manera segura el nacimiento de su hija, el cual fue retrasado absurdamente durante mucho más de 24 horas, al término de las cuales ya se diagnosticó el óbito fetal constitutivo del daño que fundamenta la presente acción.

La Ley de seguridad social en sus artículos 185 y 188, se refiere a las IPS's, estableciendo su régimen y funciones, indicando que su principio básico es la **calidad y eficiencia**, dejándoles como postulado que no podrán discriminar en su servicio a los usuarios, lo que indica que también se violaron estos artículos, al brindársele a la paciente un trato desigual frente al común de los administrados.

Por su parte, el Decreto 780 de 2016, establece el **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS**, estableciendo en su art. 2.5.1.2.1, lo siguiente: *Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.*

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

La Ley 446 de 1998, en su art. 16 establece "*Valoración de daños. Dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de*

daños irrogados a las personas y a las cosas atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales."

Es oportuno mencionar. Para el presente caso, que en la publicación "***MORTALIDAD MATERNA: Otra cara de la violencia contra las mujeres – un análisis desde la perspectiva jurídica***" publicado en conjunto por la Comisión Nacional de Genero de la Rama Judicial de Colombia – CNGRJ, el Consejo Superior de la Judicatura y el Fondo de Población de la Naciones Unidas – UNFPA del año 2008, se hace un resumen de la importante función que cumple ésta oficina delegada de la Organización de las Naciones Unidas, en donde se resalta "*la protección y el restablecimiento de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente de mujeres y adolescentes, trabajando para difundir y transversalizar enfoques de género y de derechos en la gestión del Estado y en la labor de las organizaciones sociales*", atacando uno de las principales obstáculos para la consecución de su objetivo, cual es "*la mortalidad materna*[6]*, que se manifiesta como una de las formas más preocupantes de violencia contra las mujeres por la omisión de los Estados en el cumplimiento de su deber de brindarles servicios integrales y calificados de salud sexual y reproductiva*[7]*; en concreto, en la atención del embarazo, parto y puerperio. Al respecto, afirma el Comité de la CEDAW, en su Observación General Nº 24, que*: *"(…) es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia y asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.*"

Según la OMS, al menos una mujer muere cada minuto al momento de dar a luz en los países en vías de desarrollo, lo cual equivale a más de 500.000 muertes cada año, con base exclusivamente en los casos reportados; es decir, que esta cifra corresponde apenas a una fracción de la realidad, y encuentra sus orígenes remotos en los obstáculos de tipo económico, geográfico, cultural y administrativo que dificultan e impiden a las mujeres embarazadas recibir los servicios médico-obstétricos de calidad que su especial condición de gestantes requiere."

El entonces presidente del Honorable Consejo de Estado, Dr Enrique Gil Botero, dentro de la misma publicación hace un extenso análisis de la evolución jurisprudencial en cuanto a la responsabilidad del Estado en materia de atención y manejo del parto, de cuyas más importantes conclusiones me permito transcribir algunas que se relacionan directamente con el tema bajo estudio:

"El Consejo de Estado colombiano se ha ocupado en gran número de oportunidades de situaciones en las cuales se demanda la responsabilidad extracontractual del Estado a causa de la prestación del servicio médico hospitalario obstétrico, motivo por el cual, el objetivo de esta intervención, será el de determinar cuáles son los principales aspectos que giran en torno a la responsabilidad por el acto obstétrico

[6] De acuerdo con el Sistema de Datos Básicos en Salud de la Organización Panamericana de Salud, la muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

[7] La OMS ha definido la salud reproductiva como la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos. Esto implica que las personas tengan la capacidad de reproducirse con los mínimos riesgos, especialmente las mujeres durante el embarazo y el parto, de regular su fertilidad y de disfrutar de relaciones sexuales seguras y felices. También implica que los hijos e hijas sean sanos y puedan llegar en óptimas condiciones a la vida adulta. Por su parte, la salud sexual se refiere al completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor.

y, por lo tanto, qué factores son los que, desde esta perspectiva, determinan la producción de los daños antijurídicos que ha tenido que juzgar y resolver la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

En efecto, si se tienen en cuenta las cifras mundiales –extraídas de la página oficial de la Organización Mundial de la Salud–, para el año 2005, un número aproximado de 536.000 mujeres mueren al año a nivel global, a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Las cifras establecidas en 1990, por la misma OMS, señalan que se ha reducido la mortalidad materna en 40.000 muertes por año, lo que constituye una disminución del 1% por anualidad. Lo anterior demuestra, claramente, que las políticas públicas no son suficientes para contrarrestar los peligros que supone el alumbramiento.

Lo que resulta difícil de asimilar es que de esa cifra de 536.000 mujeres, los países desarrollados participan del 0,65%, mientras que el restante porcentaje, esto es, el 99,34% se distribuye entre los países en vía de desarrollo, especialmente los del continente africano.

El compromiso internacional es lograr disminuir en el período comprendido entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en unas tres cuartas partes, pero, como se desprende de las cifras oficiales, los resultados se alejan considerablemente de los objetivos definidos. Como se observa, la mortalidad materna constituye, en los países en desarrollo, la segunda causa de muerte, puesto que la primera corresponde al VIH/SIDA.

Así las cosas, el área de la obstetricia reviste un especial interés desde la perspectiva de la responsabilidad médico sanitaria, por cuanto, tal y como lo ha puntualizado la doctrina más autorizada en la materia, "… el análisis de la jurisprudencia nacional y extranjera nos permite afirmar, sin temor a equivocarnos, que estas dos especialidades [la cirugía plástica y la obstetricia] son las que más se ven involucradas en juicios de mala praxis.".

De otro lado, no debe perderse de vista que la obstetricia es "la rama de la medicina que trata del parto, sus antecedentes y sus secuelas. Por tanto, le conciernen sobre todo los fenómenos y el tratamiento del embarazo, el parto y el puerperio en circunstancias normales como anormales.".

En esa perspectiva, resulta pertinente puntualizar las principales causas de la mortalidad materna en el mundo, que corresponden a las siguientes circunstancias:

1. Hemorragias graves. Una hemorragia puerperal no atendida en una mujer sana puede matarla en dos horas.
2. Infecciones.
3. Abortos en malas condiciones o centros no autorizados, sin condiciones idóneas de salubridad e higiene.
4. Trastornos hipertensivos de la gestación (preeclampsia y eclampsia).
5. Parto obstruido.

Conforme a las cifras suministradas por la OMS, al año se produce un promedio de 136 millones de partos, de los cuales 20 millones presentan complicaciones. Según la Organización Mundial de la Salud: "muy a menudo las mujeres enfermas son estigmatizadas y marginadas por sus maridos, familias y comunidades." Alrededor

de 300 millones de mujeres, más de un cuarto de todas las mujeres adultas, sufren a corto o largo plazo enfermedades ocasionadas por el proceso reproductivo. De otra parte, vale la pena destacar la diferencia en la mortalidad materna que existe en los países desarrollados frente a la de los países en vía de desarrollo (como Colombia); para el año 2005, según un estudio efectuado por el Departamento de Cundinamarca15 (Colombia), en los primeros, esto es, en los países industrializados, se producen 9 muertes maternas por cada 100.000 partos, aproximadamente, mientras que, en los en vía de desarrollo existe una mortalidad de 450 casos por cada 100.000.

(…)

En ese orden de ideas, un número inmenso de las muertes maternas tiene como origen la falta de acceso a la atención médico – hospitalaria, así como la prestación eficiente y especializada del parto. Lo anterior, como quiera que en muchos eventos en los cuales la paciente debe ser valorada desde la perspectiva de su condición de ARO (Alto Riesgo Obstétrico), el personal médico y paramédico no valora con suficiencia los síntomas y signos de las mismas, lo que conlleva a que se produzcan resultados infortunados que ponen en riesgo la vida de la criatura así como la de la madre.

En consecuencia, existen una serie de deberes a cumplir por parte de los médicos especializados, así como por las pacientes en estado de gravidez, que han sido definidos por la doctrina en los siguientes términos:

- *Prestar asistencia profesional.*
- *Actuar con ciencia y prudencia, ajustado a los parámetros de la lex artis.*
- *Respetar la voluntad del paciente.*
- *Informar, y hacerlo de forma suficiente.*
- *Obtener el consentimiento informado.*
- *Colaborar.*
- *Abstenerse de realizar ciertas actividades.*
- *Abstenerse de prometer un resultado.*
- *Permitir una segunda opinión, cuando no exista claridad en la valoración y*
- *diagnóstico.*
- *Fiscalizar y controlar al personal auxiliar.*
- *Emplear técnicas aceptadas por la ciencia médica.*
- *Guardar el secreto profesional.*
- *Denunciar las irregularidades.*

La vulneración a los anteriores deberes son los que, por regla general, desencadenan la responsabilidad patrimonial del Estado, como quiera que han fallado aspectos esenciales en el actuar diligente y cuidadoso al que se encuentra sometido el médico y, específicamente, la administración sanitaria.

(…)

En consecuencia, es necesario destacar que, en muchos eventos, la responsabilidad del Estado deviene de la falta de atención idónea y suficiente, máxime si las madres gestantes son atendidas en hospitales de primer o segundo nivel que, en la mayoría de los casos, no cuentan con los recursos e instrumentos

necesarios para sortear los diferentes riesgos o eventualidades clínicas a las que se encuentra sometida una paciente con alto riesgo obstétrico.

Es la radiografía del presente caso, en donde una atención negligente por parte de los profesionales de tres instituciones del SGSSS al omitir por completo su deber legal y constitucional, sometiendo a un riesgo innecesario e ilegitimo a quien no estaba en la obligación de soportarlo, ocasionando el fallecimiento de su primogénita, ante lo cual deberá pronunciarse la administración de justicia de manera contundente y ejemplarizante, por cuanto no se puede permitir que semejantes atropellos sigan teniendo cabida indefinidamente.

RESPONSABILIDAD POR CULPA PROBADA DEL DEMANDADO E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCION SALUD".

La cláusula general de responsabilidad del Estado contenida en el artículo 90 constitucional, cobra aplicación en el presente caso para el referido demandado, dada la omisión en la cual incurrieron sus agentes, conforme pasa a explicarse:

Conforme a la muy escasa información que contiene la histórica clínica de la atención prestada a la paciente entre el día 10 y 11 de enero de 2020, logra establecerse que ingresó al servicio de urgencias del Hospital Local de Puerto Gaitán el 10 de enero y al registro de las 17:15 horas se indica "*REFIERE PACIENTE QUE CURSA CON CUADRO CLÍNICO DE 13 HRS DE EVOLUCIÓN SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES ABUNDANTE CLARO SIN OLOR SIN DOLOR APARENTE NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA*".

Mas adelante registra: "*ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO 32 CM FCF 152 X MIN*" con lo cual se confirma que el personal médico que atendió a la paciente se enteró oportunamente de su estado de gravidez y, adicionalmente que, el por nacer presentaba frecuencia cardiaca, esto es, estaba con vida.

Se registra, además, bajo el título ***PLAN – DIAGNÓSTICO*** lo siguiente: *EMB 37,3 SEM POR FUM, RUPTURA PRECOZ DE MEMBRANAS,* y bajo el título ***PLAN – SEGUIMIENTO*** se dispone: *PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON CUADRO CLÍNICO DESCRITO SIN COMPLICACIONES APARENTE SE DECIDE CONTINUAR EN SEGUIMIENTO OBSERVACION SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA REVALORACIÓN POSTERIOR Y DEFINIR CONDUCTA.*"

Es claro, entonces, que se trataba de una paciente en estado de embarazo de 37,3 semanas con un cuadro de ruptura temprana de membranas (esto es, que rompió fuente antes de tiempo) y que se decidió dejar en observación para definir conducta posteriormente.

El documento **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO[8] -** Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia, Ministerio de Salud – Colciencias, recomienda la inducción del parto cuando la ruptura prematura de membranas (RPM) se presenta a partir de la semana 34[9]. Adicionalmente, dispone que, cuando se opte por el manejo

[8] 2013 – Guías n° 11 - 15
[9] Pág. 361.

expectante (dejar a la paciente en observación) "*las gestantes deben ser informadas de un riesgo mayor de corioamnionitis y la disminución del riesgo de problemas respiratorios en el neonato*".

Allí es donde se presenta la omisión del personal del servicio de urgencias que atendió a la paciente a su llegada al centro hospitalario, pues, identificando de manera efectiva que la edad gestacional era de 37,3 semanas, no indujeron el parto de manera inmediata como lo recomienda el protocolo clínico y, adicionalmente, ante la decisión de someter a observación a la paciente no se le informó en ningún momento del incremento en el riesgo que implicaba tal decisión, ello sin olvidar que al momento de su ingreso, la paciente presentaba el cuadro de 13 horas de evolución, lo cual no mereció la especial atención de los galenos a efectos de definir prontamente la conducta a seguir.

En línea con lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá dispone en el documento "**Guía de Manejo de Ruptura Prematura de Membranas**" la necesidad de desembarazar de manera inmediata a la paciente, cuando la RPM se presente después de la semana 36[10], en donde se lee:

"8.3. *Embarazos por encima de las 36 semanas: Las pacientes con esta edad gestacional deben ser llevadas a parto lo antes posible. Tiene pocas ventajas mantener una gestación con manejo conservador cuando el feto tiene completa o casi completa la madurez pulmonar. El punto de discusión es la vía del parto: si el cérvix es favorable la inducción debe hacerse sin demora; de lo contrario, la posibilidad de una cesárea es mucho mayor. En estos casos el periodo de espera no debe ser mayor a 24 horas. Después de este tiempo y con pruebas de bienestar fetal adecuadas, debe desembarazar la paciente.* (…)."

En caso de que el centro de atención no contara con el equipo o el personal profesional especializado a efectos de atender el parto de la paciente **FRANCY ELENA ROJAS,** estaba obligado a gestionar el sistema de referencia de manera inmediata, en lugar de someter a espera u "*observación*" a la paciente, restándole con tal conducta, minuto a minuto, la posibilidad de ser atendida por personal idóneo en otro centro asistencial, máxime cuando las distancias en dicha región son extensas, lo que implica que cualquier desplazamiento de la paciente implicaría varias horas más de espera a bordo de la ambulancia encargada de su transporte y con ello, la probabilidad de que su cuadro clínico se agrave cada vez más.

Obsérvese que, según la muy escasa información consignada en la historia clínica, solo hasta las 00:08 horas del 11 de enero de 2020 se habla de la remisión a otra institución para valoración y manejo por ginecología, registro realizado por el médico general Alfonso Julio Hernández.

Lo anterior ratifica el reparo a la actitud desplegada por el personal adscrito al demandado, dado que, si no contaban con la especialidad de ginecología u obstetricia, no se justificaba la espera tan prolongada de la paciente, pues no existía allí el recurso humano idóneo para la atención del parto de la señora **FRANCY ELENA** y por lo mismo, era obligación del personal disponer lo necesario para la muy pronta remisión de la paciente, pues recuérdese, el antecedente era de un cuadro evolutivo de 13 horas de salida de líquido por los genitales, <u>para las 5:15 pm</u>.

[10] Pág. 11.

Luego de este registro se echa de menos cualquiera otra información que, por obligación legal, debiera registrarse por parte del prestador del servicio respecto de la situación clínica de la paciente. No se registra el trámite dado a la solicitud de remisión de la paciente, ni la hora de remisión, el centro asistencial de destino, el responsable de su traslado, etc.

Dicha reticencia informativa solamente ratifica la negligencia desplegada por el personal dependiente del demandado **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCION SALUD",** frente a la atención requerida por la paciente **FRANCY ELENA ROJAS,** la tarde del 10 de enero de 2020 y que a la postre, derivó en la muerte de la bebé por nacer horas más tarde.

Colofón de lo anterior, es patente la culpa en la que incurrió el demandado a través de sus agentes, recordando la definición que de aquella diera la doctrina francesa, en especial, la de los hermanos Mazeaud y A. Tunc, según la cual, la culpa es aquel "error de conducta tal que no lo habría cometido una persona cuidadosa situada en las mismas circunstancias externas que el autor del daño"

Dicho ello, es difícil asegurar que la mayoría de profesionales hubieren incurrido en las mismas conductas si se enfrentaren a la misma situación, esto es, someter a espera a una paciente en estado de gravidez de 37,3 semanas con diagnóstico de ruptura precoz de membranas de 13 horas de evolución, cuando la *lex artis* recomienda la inducción del parto de manera inmediata, como se ha referido anteriormente.

RESPONSABILIDAD POR CULPA PROBADA DEL DEMANDADO MALLAMAS E.P.S-I.

Frente a la EPS convocada a juicio se predica la responsabilidad por los perjuicios causados, como quiera que retrasó de manera injustificada cada una de las autorizaciones que el estado clínico de la paciente requería en su oportunidad.

Recuérdese que sobre las 00:08 horas del 11 de enero de 2020, el personal médico del demandado **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCION SALUD"** refirió la necesidad de remitir a la paciente a otro centro de mayor complejidad, por lo que, se presume, desde ese momento se solicitó la autorización de aquella gestión al demandado **MALLAMAS E.P.S-I** dentro del ámbito de sus responsabilidades.

Sin embargo, en la documental anexa se tiene que dicha autorización solamente tuvo lugar a la 1:07 pm del mismo día, esto es, más de 12 horas después, lo cual es contrario al principio de oportunidad que debe orientar la gestión de la entidad en general y más que nada, con el estado de necesidad de la paciente y la evolución prolongada de su cuadro clínico que, sin duda, debía ser conocido por la entidad promotora de salud para efectos de tramitar la autorización referida.

La remisión se autorizó para la entidad **INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**, en la ciudad de Villavicencio, pero viene aquí la otra conducta reprochable en cabeza del demandado **MALLAMAS EPS-I,** por cuanto, teniendo autorizada la remisión de la paciente a la ciudad de Villavicencio desde la 1:07 pm, solamente hasta las 5:17 pm autorizó el servicio de traslado medicalizado terrestre

(ambulancia), sometiendo a una agónica espera a la paciente durante cuatro horas más, sin justificación legal o técnica aparente, sin olvidar que el traslado terrestre se tardaría tres horas más y que el cuadro clínico de la mujer indígena **FRANCY ELENA** ya cumplía 37 horas de evolución de ruptura precoz de membranas para la hora de la autorización del traslado medicalizado terrestre.

Debe tenerse en cuenta que la autorización de "traslado asistencial medicalizado terrestre secundario" N° 20200002565599 de fecha 11 de enero de 2020 a las 5:17 pm fue otorgada a la entidad **PREVENCIÓN INTEGRAL EN SALUD IPS S.A.S. "PREVIS IPS S.A.S"** identificada con el Nit 900.547.903, sin embargo, el prestador final de dicho servicio fue **"ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S."**, esto es, la paciente fue entregada por los demandados **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCION SALUD"** y **MALLAMAS EPS-I** a un tercero diferente al prestador autorizado mediante la documental referida.

RESPONSABILIDAD POR CULPA PROBADA DEL DEMANDADO ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

Frente a dicha entidad, convocada al litigio en virtud de la figura procesal del fuero de atracción, hay que decir que, incurre en la responsabilidad patrimonial reclamada al desplegar una conducta abiertamente reprochable durante la gestión del traslado de la paciente desde el Hospital Local de Puerto Gaitán hasta la Clínica del Meta, en Villavicencio.

Téngase en cuenta que la documental anexa da cuenta de que la paciente fue retirada del servicio de urgencias del Hospital Local de Puerto Gaitán a las 7:20 pm del 11 de enero de 2020, esto es, dos horas después de que se autorizara el traslado; demora incomprensible si se tiene en cuenta que el centro de operaciones de **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.** se ubica en el mismo casco urbano de Puerto Gaitán, a escasas dos calles del Hospital en donde esperaba la paciente y de que dicho prestador de servicios cuenta con habilitación para 19 ambulancias, 5 de ellas medicalizadas.

Agravante de lo anterior se incurre en otra conducta censurable, y tiene que ver con el hecho de que la tripulación detuviera el vehículo en el municipio de Puerto López, en donde el enfermero y la médico descendieron de la ambulancia a tomar tinto y fumar cigarrillo, eso sí, teniendo la cortesía de invitar al Señor **EDUARDO CHIPIAJE,** padre de la Sra **FRANCY ELENA** y quien fuera su acompañante durante el traslado en la ambulancia, aprovechando su condición de indígena y su ignorancia inocente de que tal situación constituía un atentado grotesco en contra de los derechos de la paciente como mujer, como indígena y de su bebé.

Terminado el tinto y el cigarrillo subieron nuevamente al vehículo y continuaron el trayecto con rumbo a Villavicencio.

La doctrina y la jurisprudencia han creado, para efectos del estudio de la responsabilidad médica, una serie de reglas que aminoran o flexibilizan un poco esa obligación del *onus probandi* en cabeza del demandante, en virtud de la consabida y evidente desventaja probatoria en la que se encuentra el paciente frente al médico, conocedor del quehacer científico.

Una de esas reglas creadas por la doctrina y la jurisprudencia que flexibilizan ese principio rector de la carga de la prueba es el conocido como "*res ipsa loquitur*" cuya traducción semántica es: "*las cosas hablan por sí mismas*" y se refiere a la evidencia incontrovertible que crea una deducción de negligencia como factor generador de culpa.

Y es precisamente a esta regla a la que el despacho deberá recurrir para la decisión de fondo en la presente controversia, cuando saltan a la vista tantas evidencias que permiten deducir la culpa del demandado en la atención prestada a la paciente durante su traslado, específicamente en esos "deberes secundarios de conducta" que fueron desconocidos al detenerse a tomar tinto y fumar cigarrillo mientras, la bebé que estaba por nacer daba su última batalla.

Se resalta que al momento de la recepción de la paciente y durante parte del trayecto su bebé aún se encontraba aún con vida, pues de ello dan cuenta los registros levantados por la tripulación a las 19:45 y 20:50 horas, en donde se registra frecuencia cardiaca fetal de 126 y 125 latidos por minuto, respectivamente.

Ya en los registros de las 21:30 y 22:00 horas se deja constancia de la no auscultación de frecuencia cardiaca fetal (FCF), pero también de que la paciente refiere sentir los movimientos de su bebé.

La paciente fue entregada al servicio de urgencias de la Clínica del Meta S.A. a las 23:10 horas del sábado 11 de enero de 2020, (cuatro horas de viaje en ambulancia para un trayecto que un vehículo particular realiza normalmente en 3, lo cual es muestra contundente de que en la parada del tinto se perdió bastante tiempo) luego de 32 horas de haber acudido por atención médica en las instalaciones del primero de los demandados, ante la ruptura precoz de membranas, situación que, al presentarse después de la semana 36 de gestación, requería de la inducción del parto inmediata, en aplicación de los derechos constitucionales a la salud y a la vida de la paciente y su hija primogénita.

Allí, a las 23:32 se registra la ausencia de frecuencia cardiaca fetal, confirmándose el fallecimiento de la criatura mediante imágenes diagnósticas a las 23:56 horas.

De las graves afectaciones de orden psicológico que generó la suma de todas las negligencias referidas, materializadas en la muerte de la bebé de **FRANCY ELENA**, dan cuenta los registros de la historia clínica de la atención brindada en la Clínica del Meta S.A. y el informe pericial practicado por profesional idóneo que se adjunta como prueba.

Diferentes medios de comunicación regionales[11] registraron la trágica noticia[12], en donde quedó plasmada la impotencia y el dolor sufrido por el padre de la bebé, ante la increíble sumatoria de negligencias que derivó en el fallecimiento de su hija.

COMPETENCIA Y CUANTÍA:

De conformidad con lo establecido en los arts. 152, 156 y 157 del CPACA, este despacho es competente para conocer del presente asunto en primera instancia.

[11] https://boyaca.extra.com.co/noticias/judicial/tragedia-en-puerto-gaitan-bebe-de-nueve-meses-fallecio-en-el-584792
[12] https://www.facebook.com/296455844233009/videos/460662654874413/

La cuantía la estimo razonadamente y bajo la gravedad de juramento, hasta la fecha de presentación de la presente demanda, aproximadamente, en la suma de **$790'022.700** de conformidad con la siguiente liquidación:

Causante				
Hija por nacer de Francy Elena Rojas				
Solicitante	**Parentesco**	**Perjuicios Morales**	**Daño a la Vida de Relación**	**Afect. Derechos Constit. Rec.**
FRANCY ELENA ROJAS	Madre	$ 87.780.300,00	$ 87.780.300,00	$ 87.780.300,00
LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA	Padre	$ 87.780.300,00	$ 87.780.300,00	$ -
ELVIA ROJAS GARCÍA	Abuela	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
EDUARDO CHIPIAJE AMAYA	Abuelo	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
FILOMENA MENDOZA DE BOADA	Abuela	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
DARLYN JOHANNA ARÉVALO MUNAR	Hermana	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
	Subtotal	**$ 351.121.200,00**	**$ 351.121.200,00**	**$ 87.780.300,00**
	Gran Total	**$**		**790.022.700,00**

DETALLE DE LA INDEMNIZACIÓN RECLAMADA

A. PERJUICIOS INMATERIALES:

1. Perjuicios Morales.

Se entiende por daño, todo menoscabo a una persona o a sus bienes. El daño moral se entiende, entonces, por aquel perjuicio sufrido por una persona en su dignidad, honorabilidad, integridad física o cualquier elemento que pudiere alterar su **normalidad facultativa mental** o espiritual.

También podría definirse como *una modificación disvaliosa del espíritu en su capacidad de entender, querer o sentir, o en la aptitud de actuar, que se traduce en un modo de estar de la persona, diferente de aquel en que se encontraba antes del hecho, como consecuencia de este y perjudicial para su existencia.*

Conforme a lo anterior, mal podría ignorarse el daño moral sufrido por mis representados a consecuencia de la conducta negligente de la cual fue víctima la paciente **FRANCY ELENA ROJAS** en la atención del parto de su hija, inicialmente, por parte del demandado **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"** al dejarla en "observación" ante un diagnóstico de ruptura temprana de membranas, durante un lapso superior a las 24 horas. Negligencia a la que se sumó la EPS- I Mallamas, al retrasar injustificadamente las autorizaciones pertinentes que requería la paciente para su atención en un centro de mayor complejidad, todo lo anterior agravado por la indolente conducta del personal de la tripulación de la ambulancia adscrita al demandado **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.**, al detenerse en el municipio de Puerto Gaitán a "*tomar tinto y fumar cigarrillo*", conducta abiertamente negligente por parte de los profesionales que tenían a su cargo trasladar a la paciente hasta la ciudad de Villavicencio con la premura propia que requería una paciente obstétrica con diagnóstico de ruptura temprana de membranas, negligencias que, en suma, degeneraron en el diagnóstico del óbito fetal cuando la paciente, finalmente, arribó a la Clínica del Meta S.A., en la ciudad de Villavicencio, el 12 de enero de 2020.

En ese orden de ideas, se solicita como indemnización por Perjuicios Morales las siguientes sumas de dinero:

El equivalente a 100 S.M.L.M.V. para la fecha del fallo **O SUPERIOR SI ASI LO ESTIMA EL DESPACHO,** para cada uno de los demandantes **FRANCY ELENA ROJAS** y **LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA** en su calidad de padres de la criatura fallecida; por el dolor, la congoja, aflicción y demás sentimientos negativos padecidos por el fallecimiento de su hija.

De otra parte, el equivalente a 50 S.M.L.M.V para la fecha del fallo **O SUPERIOR SI ASI LO ESTIMA EL DESPACHO,** para los demandantes **EDUARDO CHIPIAJE AMAYA**, **ELVIA ROJAS GARCÍA**, **FILOMENA MENDOZA DE BOADA** y **DARLYN JOHANNA ARÉVALO MUNAR** en sus calidades de abuelos y hermana de la víctima, por el dolor, la congoja, aflicción y demás sentimientos negativos padecidos por el fallecimiento de la pequeña por nacer.

Dicha cuantificación tiene sustento en el "***DOCUMENTO FINAL APROBADO MEDIANTE ACTA DEL 28 DE AGOSTO DE 2014 - REFERENTES PARA LA REPARACIÓN DE PERJUICIOS INMATERIALES***" publicado por el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, con fundamento en la sentencia de unificación de criterios sobre la indemnización de daños inmateriales, acertadamente emitida por el tribunal de cierre de lo contencioso administrativo, de fecha 28 de agosto de 2014, tomada como parámetro justo para la indemnización de los perjuicios que aquí se reclaman, y de donde se extrae el siguiente aparte:

"2. PERJUICIO MORAL

El concepto se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

2.1 REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE.

Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno-filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio (100 smlmv).

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio. La siguiente tabla recoge lo expuesto:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	**NIVEL 2**	**NIVEL 3**	**NIVEL 4**	**NIVEL 5**
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva."[13]

B. DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN.

Respecto de este daño extrapatrimonial, el Honorable **CONSEJO DE ESTADO** se ha pronunciado en su Sentencia del 19 de julio de 2000, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, consejero ponente: ALIER EDUARDO HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ, Radicación número: 11.842, Actor: JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ SEPÚLVEDA Y OTROS. Al citar:

*"**DAÑO A LA VIDA DE RELACION - Reconocimiento a la víctima directa e indirecta***

Este perjuicio extrapatrimonial puede ser sufrido por la víctima directa del daño o por otras personas cercanas a ella, por razones de parentesco o amistad, entre otras. Así, en muchos casos, parecerá indudable la afectación que – además del perjuicio patrimonial y moral – puedan sufrir la esposa y los hijos de una persona, en su vida de relación, cuando ésta muere. Así sucederá, por ejemplo, cuando aquéllos pierden la oportunidad de continuar gozando de la protección, el apoyo o las enseñanzas ofrecidas por su padre y compañero, o cuando su cercanía a éste les facilitaba, dadas sus especiales condiciones profesionales o de otra índole, el acceso a ciertos círculos sociales y el establecimiento de determinadas relaciones provechosas, que, en su ausencia, resultan imposibles."

De otra parte, la Honorable **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA** - Sala de Casación Civil, en sentencia del 20 de enero de 2009, Expediente No.170013103005 1993 00215 01 MP. Pedro Octavio Munar Cadena, señaló:

"La Corte a tono con los postulados constitucionales vigentes y con la realidad jurídica y social, retomó el tema del "daño a la vida de relación", en el fallo emitido el 13 de mayo de 2008 -Exp. No.1997 09327 01-, en el que reparó tanto en la doctrina foránea como en la jurisprudencia patria para concluir que es de completo recibo en nuestro ordenamiento como una especie de daño extrapatrimonial, incluso precisó que era distinto al de índole moral -también inmaterial-; y, por tanto, su protección se impone en los casos en que esté cabalmente acreditado.

[13] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Documento final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014 referentes para la reparación de perjuicios inmateriales.

Sobre las particularidades del daño en cuestión, puntualizó los siguientes aspectos: a) su naturaleza es de carácter extrapatrimonial, ya que incide o se proyecta sobre intereses, derechos o bienes cuya apreciación es inasible, porque no es posible realizar una tasación que repare en términos absolutos su intensidad; b) se proyecta sobre la esfera externa del individuo; c) en el desenvolvimiento de la víctima en su entorno personal, familiar o social se revela en los impedimentos, exigencias, dificultades, privaciones, vicisitudes, limitaciones o alteraciones, temporales o definitivas que debe soportar y que no son de contenido económico; d) pueden originarse tanto en lesiones de tipo físico, corporal o psíquico, como en la afectación de otros bienes intangibles de la personalidad o derechos fundamentales; e) recae en la víctima directa de la lesión o en los terceros que también resulten afectados, según los pormenores de cada caso, por ejemplo, el cónyuge, compañero (a) permanente, parientes cercanos, amigos; f) su indemnización está enderezada a suavizar, en cuanto sea posible, las consecuencias negativas del mismo; g) es un daño autónomo reflejado "en la afectación de la vida social no patrimonial de la persona", sin que comprenda, excluya o descarte otra especie de daño -material e inmaterial- de alcance y contenido disímil, como tampoco pueda confundirse con ellos. De igual modo, clarificó que el daño a la vida de relación y el moral son distintos, habida cuenta que el primero se refleja sobre la esfera externa del individuo, es decir, tiene que ver con las afectaciones que inciden en forma negativa en su vida exterior, concretamente, alrededor de su actividad social no patrimonial, mientras que el segundo recae sobre la parte afectiva o interior de la persona, al generar sensaciones de aflicción, congoja, desilusión, tristeza, pesar, etc."

Así las cosas, no es difícil demostrar el grave daño a la vida de relación al que se ven forzosamente sometidos mis representados con las conductas negligentes de la cual fue víctima la paciente **FRANCY ELENA ROJAS**, pues no tienen en casa a su hija primogénita esperada con amorosa paciencia durante nueve meses de un embarazo normal, sin complicación alguna, como se planeó, no pudieron disfrutar de su llegada desde la perspectiva especial de la cosmovisión del ser madre al interior de la etnia Sikuani y que se proyectará de manera indefinida hacia el futuro.

Precisamente, en esos detalles de la vida social cotidiana de las personas es en donde se siente más fuertemente el perjuicio del cual se reclama indemnización.

En fin, su figura como hija primogénita desapareció junto con todo lo accesorio que ello, por naturaleza, trae consigo para la vida de la familia Sikuani, y deberá entenderse ello desde el punto de vista especialísimo de la cosmogonía de la referida etnia.

Es preciso, de la manera más respetuosa, solicitar al juzgador, entonces, que en virtud de su razonable arbitrio se sirva apreciar las pruebas que se allegarán, el vínculo de los reclamantes y la bebé fallecida; sus relaciones personales y familiares antecedentes; su cercanía, su convivencia bajo el mismo techo, la dependencia afectiva, para que condene a los responsables al pago de una indemnización por concepto de daño a la vida de relación conforme a la siguiente liquidación:

El equivalente a 100 S.M.L.M.V. para la fecha del fallo **O SUPERIOR SI ASI LO ESTIMA EL DESPACHO,** para cada uno de los demandantes **FRANCY ELENA ROJAS** y **LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA** en su calidad de padres de la criatura fallecida; por la imposibilidad a que fueron sometidos de manera indolente, de permitírsele el nacimiento de la bebé de la paciente, con quien se frustraron tantos planes y en general, por una comunidad de vida ya proyectada y que no lo será nunca más, dadas las circunstancias a las que se sometió a la paciente, pues debió procurarse un trato acorde con los postulados del Estado Social de Derecho.

De otra parte, el equivalente a 50 S.M.L.M.V para la fecha del fallo **O SUPERIOR SI ASI LO ESTIMA EL DESPACHO,** para los demandantes **EDUARDO CHIPIAJE AMAYA**, **ELVIA ROJAS GARCÍA**, **FILOMENA MENDOZA DE BOADA** y **DARLYN JOHANNA ARÉVALO MUNAR** en sus calidades de abuelos y hermana de la víctima, como indemnización del perjuicio reclamado conforme a la sustentación arriba indicada.

C. VULNERACIÓN RELEVANTE A LOS DERECHOS CONVENCIONAL Y CONSTITUCIONALMENTE AMPARADOS.

Frente a este rubro ha dicho la jurisprudencia del honorable Consejo de Estado, que, en casos excepcionales, cuando las medidas de satisfacción no sean suficientes o posibles para consolidar la reparación integral podrá otorgarse una indemnización, única y exclusivamente para la víctima directa, mediante el establecimiento de una medida pecuniaria de hasta 100 SMLMV.

Y es precisamente en casos como el que aquí nos convoca en donde tiene cabida la referida forma de reparación, pues, como se desarrolló páginas atrás, la paciente fue sometida por tres actores diferentes durante cerca de cuarenta horas a la violación sistemática de sus derechos constitucionales y convencionales, al ser perteneciente a la etnia Sikuani y estar virtualmente amparada en sus derechos de manera prevalente, conforme a diversos instrumentos internacionales y constitucionales que, como se dijo, se desarrollaron anteriormente.

En virtud de tales violaciones, es propio solicitar para la victima directa, mujer, perteneciente a la etnia Sikuani, madre de la menor fallecida, una indemnización equivalente a 100 S.M.L.M.V. para la fecha del fallo **O SUPERIOR SI ASI LO ESTIMA EL DESPACHO.**

DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA

De conformidad con el inciso segundo del art. 167 del C.G.P. solicito al despacho se invierta la carga de la prueba a efectos de que el extremo demandado acredite a través de los medios de convicción legales pertinentes los hechos que demuestren, sin lugar a dudas, la prudencia, diligencia y cuidado con la cual debieron actuar los profesionales de la medicina que atendieron en cada momento a la paciente **FRANCY ELENA ROJAS.**

Lo anterior, por cuanto es esa parte quien se encuentra en una situación más favorable para aportar dicha prueba, no solo por haber intervenido directamente en los hechos que dan lugar al presente litigio, sino por la escasa o nula capacidad probatoria del extremo activo en temas científicos, así como por su vulnerable condición de mujer indígena.

PRUEBAS:

Pido al despacho se decreten y tengan como tales:

DOCUMENTALES:

1°. Historia clínica incompleta de la atención prestada a la paciente **FRANCY ELENA ROJAS** por el demandado **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"**, en el Hospital Local de Puerto Gaitán, emitida a solicitud de la propia paciente.

2°. Autorización de Servicios de Salud N° 20200002565539 de fecha 11 de enero de 2020 a las 13:07 horas, mediante la cual el demandado Mallamas EPS-I autoriza la internación en servicio de complejidad mediana de la paciente **FRANCY ELENA ROJAS**, prestado por Inversiones Clínica del Meta S.A., en Villavicencio.

3°. Autorización de Servicios de Salud N° 20200002565599 de fecha 11 de enero de 2020 a las 17:07 horas, mediante la cual el demandado Mallamas EPS-I autoriza el servicio de traslado asistencial medicalizado terrestre secundario de la paciente **FRANCY ELENA ROJAS** con destino a la ciudad de Villavicencio y para lo cual se autorizó al prestador de servicios **PREVENCIÓN INTEGRAL EN SALUD IPS S.A.S**, (pero quien recogió a la paciente fue el demandado **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.)**

4°. Historia clínica de la atención prestada a la paciente durante el traslado entre Puerto Gaitán y Villavicencio por parte del personal adscrito al demandado **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.**

5°. Respuesta emitida por el demandado **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.** ante la solicitud de información elevada por la paciente respecto de su traslado terrestre.

6°. Certificado de habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del demandado **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.** expedido por la Secretaría de Salud del Departamento del Meta, en donde se corrobora su domicilio (Puerto Gaitán) y la cantidad de ambulancias con las que cuenta.

7°. Historia clínica registrada por la Clínica del Meta a donde fuere recibida la paciente el 11 de enero de 2020 a las 23:32 horas y en donde se diagnostica el óbito fetal de su hija por nacer.

8°. Certificado de defunción de la hija de la paciente **FRANCY ELENA ROJAS** suscrito por personal médico de la institución antes referida.

9°. Dictamen pericial rendido por profesional de la psicología mediante los cuales se acredita la generación de perjuicios inmateriales a los demandantes **FRANCY ELENA ROJAS y LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA,** padres de la menor fallecida. La profesional que suscribe dicho dictamen recibe notificaciones en el correo electrónico j.andrea.g@gmail.com.

Con los anteriores documentos se acredita la ocurrencia del daño, la conducta de los demandados y el nexo de causalidad entre esta y aquel.

10°. Copia de documentos relacionados con los controles prenatales de la paciente **FRANCY ELENA ROJAS.**

Con dichas documentales se acredita el bienestar de la paciente y su bebé durante la gestación.

11°. Certificado de pertenencia al resguardo indígena Domo Planas de la señora **FRANCY ELENA ROJAS,** expedida por la autoridad indígena correspondiente.

Mediante dicho medio de convicción se acredita la condición de indígena sikuani de la paciente referida y que la hace sujeto especial de derechos constitucionalmente protegidos.

12°. Declaración extraprocesal rendida por la demandante **FRANCY ELENA ROJAS,** en donde manifiesta su convivencia en unión marital de facto con el demandante **LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA**.

13°. Declaración extraprocesal rendida por **FLOR GARCÍA LEÓN y MIGUEL GAITÁN,** en donde manifiestan conocer a los demandantes **FRANCY ELENA ROJAS** y **LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA**, así mismo, dan fe de su convivencia en unión marital de hecho de forma continua e ininterrumpida desde el 15 de noviembre de 2017.

14°. Declaración extraprocesal rendida por **FLOR GARCÍA LEÓN y MIGUEL GAITÁN,** en donde manifiestan conocer a los demandantes **EDUARDO CHIPIAJE AMAYA** y **ELVIA ROJAS GARCÍA**, así mismo, dan fe de su convivencia en unión marital de hecho de forma continua e ininterrumpida desde el hace más de 29 años.

15°. Registro civil de nacimiento de los demandantes **FRANCY ELENA ROJAS, LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA** y **DARLYN JOHANNA ARÉVALO MUNAR.**

Con los referidos documentos se acredita la legitimación en la causa por activa de los demandantes.

16°. Documentos que acreditan la existencia y representación legal de los convocados.

Con el anterior documento se acredita la legitimación en la causa por pasiva de los referidos demandados.

TESTIMONIALES:

17°. Solicito, de manera comedida, se reciban los testimonios de las siguientes personas:

- **FLOR GARCÍA LEÓN y MIGUEL GAITÁN.**

Depondrán sobre los hechos relacionados con la convivencia bajo el mismo techo en unión marital de hecho conformando de manera pública una comunidad de vida familiar entre **FRANCY ELENA ROJAS y LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA**.

Así mismo, sobre todo lo relacionado con la relación existente entre la demandante **FRANCY ELENA ROJAS** con su padre de crianza, el también demandante

EDUARDO CHIPIAJE AMAYA, lo que lo legitima en la causa para reclamar la indemnización de sus perjuicios.

Se les debe notificar en el resguardo indígena Unuma del municipio de Puerto Gaitán, departamento del Meta, en el correo electrónico internetplanas@gmail.com o a través del suscrito.

ANEXOS:

Presento como anexos los siguientes:

-Mandatos Judiciales debidamente otorgados.

-Copia de la presente demanda junto con sus anexos para el traslado al demandado, al Ministerio Público y a la ANDJE.

-Copia de la demanda para el archivo del despacho.

-Constancia de agotamiento del requisito de procedibilidad emitida por la Procuraduría 48 Judicial II Para Asuntos Administrativos de Villavicencio - Meta, de fecha 13 de noviembre de 2020.

-Carpeta con los siguientes archivos:

- Convenio N° 169 de la O.I.T. Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, aprobado mediante Ley 21 de 1991, arts 24 y 25.

- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

- Documento “Plan Salvaguarda del Pueblo Indígena Sikuani de los Llanos Orientales de Colombia”, Convenio número 133 de 2012 entre Ministerio del Interior y la Organización Nacional Indígena de Colombia.

- Documento Enfoque Diferencial para Pueblos y Comunidades Indígenas - Ministerio del Interior.

- Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, Ministerio de Salud y Protección Social.

- Guía de manejo Clínico Ruptura prematura de membranas.

- Video obtenido en el portal de noticias jamesinforma[14] en donde se registra la noticia del fallecimiento de la bebé de la mujer indígena.

- Archivo web del registro de la noticia por parte del medio boyaca.extra.com.co.

NOTIFICACIONES:

[14] https://www.facebook.com/jamesinformaoficial/videos/460662654874413

A la demandada **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD",** en la calle 37 N° 41 – 80 Barzal Alto, Villavicencio - Meta, correo electrónico notificacionesjudiciales@esemeta.gov.co. y gerencia@esemeta.gov.co.

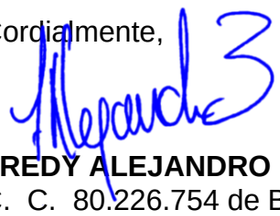
A la demandada **MALLAMAS E.P.S.-I,** en la carrera 1 Norte No 4 - 56 Av/ Panamericana, Ipiales - Nariño, e-mails: quejasyreclamos@mallamaseps.com.co y contactenos@mallamaseps.com.co.

A la demandada **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S,** en la calle 8 N° 11 – 19 Barrio Centro, Puerto Gaitán - Meta, correo electrónico administrativo@altillanuraambulancias.com y altillanuraambulancias@gmail.com.

A los demandantes en la Vereda Planas – Puerto Gaitán - Meta, correo electrónico internetplanas@gmail.com.

Al suscrito apoderado en la carrera 7 No. 71 – 21 Torre B Piso 13 de Bogotá D. C., correo electrónico alejandroballen1@gmail.com y alejandroballen@alejandroballen.com, teléfonos 350 424 7363 y (1) 3192658.

Cordialmente,



FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ
C. C. 80.226.754 de Bogotá
T. P. 210.738 del C. S. de la J.

AB ALEJANDRO BALLEN
Consultoría Jurídica - Responsabilidad civil, médica y del Estado

Señores
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE VILLAVICENCIO - META
Reparto

REF.: **PODER ESPECIAL – MEDIO DE CONTROL REPARACIÓN DIRECTA.**
DEMANDANTES: **LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA y Otros**
DEMANDADOS: **E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD" y Otros.**

FRANCY ELENA ROJAS, mayor de edad y vecina del municipio de Puerto Gaitán, identificada como aparece bajo mi firma, actuando en mi propio nombre manifiesto a ese despacho que otorgo poder especial, amplio y suficiente al abogado **FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ,** también mayor de edad**,** identificado con C.C. No. 80.226.754 de Bogotá, portador de la T. P. No. 210.738 del C. S. de la J, para que en mi nombre y representación promueva y lleve hasta su terminación el medio de control de **REPARACIÓN DIRECTA** en contra de:

1- **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD",** persona jurídica de derecho público, representada legalmente por el su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
2- **MALLAMAS E.P.S. – I**, persona jurídica de derecho público, representada legalmente por su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
3- **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.**, persona jurídica de derecho privado, identificada con el Nit. 900.624.392-5, representada legalmente por su Gerente General, **Sr CESAR EDUARDO TARAZONA GÓMEZ**, quien sea, la represente o haga sus veces, entidad convocada en aplicación de la figura jurídica del fuero de atracción.

Dichas entidades se demandan pretendiendo la indemnización integral que corresponda por los perjuicios derivados de la falla en la prestación del servicio médico en que incurrieron frente a la atención de la paciente gestante **FRANCY ELENA ROJAS,** entre el 10 y el 11 de enero de 2020 y que derivó en el fallecimiento de la bebé que estaba por nacer, conforme a los hechos que se narran en detalle en el escrito de demanda.

Mi apoderado cuenta con las facultades propias del mandato de conformidad con los artículos 74 y 77 del Código General del Proceso, así como las de conciliar, no conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar a este poder, recibir pagos, solicitar medidas cautelares y en general, adelantar todas las demás gestiones tendientes a la adecuada representación de mis intereses.

Solicito comedidamente reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente mandato.

Cordialmente:

Francy Elena Rojas
FRANCY ELENA ROJAS
C. C. No. 1.148.205.130 Cumaribo - Vichada

Acepto
FREDY ALEJANDRO BALLEN M
C.C. N° 80.226.754 de Bogotá D.C
T.P. N° 210.738 C. S. de la J

Carrera 10 Nº 16 – 39 Oficina 16-07, Edificio Seguros Bolívar, Bogotá D. C.
PBX: (57) (1) 3415223 – Móvil: 350 4247363 - 316 3385651
e-mail: contacto@alejandroballen.com – alejandroballen1@gmail.com
www.alejandroballen.com

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

13229

En la ciudad de Puerto Gaitan, Departamento de Meta, República de Colombia, el seis (06) de febrero de dos mil veinte (2020), en la Notaría Única del Círculo de Puerto Gaitan, compareció:

FRANCY ELENA ROJAS , identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #1148205130 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Francy Elena Rojas

-------- Firma autógrafa --------

4hjilqad03zg
06/02/2020 - 15:50:00:026

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de OTORGO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE AL ABOGADO FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ CON C.C. N° 80.226.754 CON T.P 210.738 DEL C.S DE LA J. y en el que aparecen como partes FRANCY ELENA ROJAS IDENTIFICADA CON C.C. N° 1.148.205.130.

Notaría Única de Puerto Gaitán - Meta

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA UNICA DEL CIRCULO PUERTO GAITAN META SANDRA IVET GARCIA VERA

SANDRA IVET GARCÍA VERA
Notaria Única del Círculo de Puerto Gaitan

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 4hjilqad03zg

Señores
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE VILLAVICENCIO - META
Reparto

REF.: **PODER ESPECIAL – MEDIO DE CONTROL REPARACIÓN DIRECTA.**
DEMANDANTES: **LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA y Otros**
DEMANDADOS: **E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD" y Otros.**

LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA, mayor de edad y vecino del municipio de Puerto Gaitán, identificado como aparece bajo mi firma, actuando en mi propio nombre manifiesto a ese despacho que otorgo poder especial, amplio y suficiente al abogado **FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ,** también mayor de edad, identificado con C.C. No. 80.226.754 de Bogotá, portador de la T. P. No. 210.738 del C. S. de la J, para que en mi nombre y representación promueva y lleve hasta su terminación el medio de control de **REPARACION DIRECTA**, en contra de:

1- **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD",** persona jurídica de derecho público, representada legalmente por el su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
2- **MALLAMAS E.P.S. – I**, persona jurídica de derecho público, representada legalmente por su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
3- **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.**, persona jurídica de derecho privado, identificada con el Nit. 900.624.392-5, representada legalmente por su Gerente General, Sr **CESAR EDUARDO TARAZONA GÓMEZ**, quien sea, la represente o haga sus veces, entidad convocada en aplicación de la figura jurídica del fuero de atracción.

Dichas entidades se demandan pretendiendo la indemnización integral que corresponda por los perjuicios derivados de la falla en la prestación del servicio médico en que incurrió cada una de ellas frente a la atención de la paciente gestante **FRANCY ELENA ROJAS,** entre el 10 y el 11 de enero de 2020 y que derivó en el fallecimiento de la bebé que estaba por nacer, conforme a los hechos que se narran en detalle en el escrito de demanda.

Mi apoderado cuenta con las facultades propias del mandato de conformidad con los artículos 74 y 77 del Código General del Proceso, así como las de conciliar, no conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar a este poder, recibir pagos, solicitar medidas cautelares y en general, adelantar todas las demás gestiones tendientes a la adecuada representación de mis intereses.

Solicito comedidamente reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente mandato.

Cordialmente:

LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA
C. C. No. 88.174.996 Tibú

Acepto:

FREDY ALEJANDRO BALLEN M
C.C. N° 80.226.754 de Bogotá D.C
T.P. N° 210.738 C. S. de la J

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

13219

En la ciudad de Puerto Gaitan, Departamento de Meta, República de Colombia, el seis (06) de febrero de dos mil veinte (2020), en la Notaría Única del Círculo de Puerto Gaitan, compareció:

LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0088174996 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

-------- Firma autógrafa --------

6aa0jwma093q
06/02/2020 - 15:07:53:635

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de OTORGO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE AL ABOGADO FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ CON C.C. N° 80.226.754 CON T.P 210.738 DEL C.S DE LA J y en el que aparecen como partes LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA IDENTIFICADO CON C.C. N° 88.174.996.

SANDRA IVET GARCÍA VERA
Notaria Única del Círculo de Puerto Gaitan

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 6aa0jwma093q

AB ALEJANDRO BALLEN
Consultoría Jurídica - Responsabilidad civil, médica y del Estado

Señores
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE VILLAVICENCIO - META
Reparto

REF.: **PODER ESPECIAL – MEDIO DE CONTROL REPARACIÓN DIRECTA.**
DEMANDANTES: **LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA y Otros**
DEMANDADOS: **E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD" y Otros.**

EDUARDO CHIPIAJE AMAYA, mayor de edad y vecino del municipio de Puerto Gaitán, identificado como aparece bajo mi firma, actuando en mi propio nombre manifiesto a ese despacho que otorgo poder especial, amplio y suficiente al abogado **FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ,** también mayor de edad, identificado con C.C. No. 80.226.754 de Bogotá, portador de la T. P. No. 210.738 del C. S. de la J, para que en mi nombre y representación inicie y lleve hasta su terminación el medio de control de **REPARACIÓN DIRECTA**, en contra de:

1- **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD",** persona jurídica de derecho público, representada legalmente por el su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
2- **MALLAMAS E.P.S. – I**, persona jurídica de derecho público, representada legalmente por su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
3- **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.**, persona jurídica de derecho privado, identificada con el Nit. 900.624.392-5, representada legalmente por su Gerente General, **Sr CESAR EDUARDO TARAZONA GÓMEZ**, quien sea, la represente o haga sus veces, entidad convocada en aplicación de la figura jurídica del fuero de atracción.

Dichas entidades se demandan pretendiendo la indemnización integral que corresponda por los perjuicios derivados de la falla en la prestación del servicio médico en que incurrieron frente a la atención de la paciente gestante **FRANCY ELENA ROJAS,** entre el 10 y el 11 de enero de 2020 y que derivó en el fallecimiento de la bebé que estaba por nacer, conforme a los hechos que se narran en detalle en el escrito de demanda.

Mi apoderado cuenta con las facultades propias del mandato de conformidad con los artículos 74 y 77 del Código General del Proceso, así como las de conciliar, no conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar a este poder, recibir pagos, solicitar medidas cautelares y en general, adelantar todas las demás gestiones tendientes a la adecuada representación de mis intereses.

Solicito comedidamente reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente mandato.

Cordialmente:
Eduardo chiajp A

EDUARDO CHIPIAJE AMAYA
C. C. No. 6.847.823 Cumaribo - Vichada

Acepto:

FREDY ALEJANDRO BALLEN M
C.C. N° 80.226.754 de Bogotá D.C
T.P. N° 210.738 C. S. de la J

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

13225

En la ciudad de Puerto Gaitan, Departamento de Meta, República de Colombia, el seis (06) de febrero de dos mil veinte (2020), en la Notaría Única del Círculo de Puerto Gaitan, compareció:

EDUARDO CHIPIAJE AMAYA, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0006847823 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Eduardo chiaje

-------- Firma autógrafa --------

nbsmpuailsxs
06/02/2020 - 15:35:18:316

El compareciente no fué identificado mediante biometría en línea por la siguiente razón: Fallas de conectividad

Este folio se asocia al documento de OTORGO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE AL ABOGADO FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ CON C.C. N° 80.226.754 CON T.P 210.738 DEL C.S DE LA J y en el que aparecen como partes EDUARDO CHIPIAJE AMAYA IDENTIFICADA CON C.C. N°6.847.823.

Notaria Única de Puerto Gaitan Meta

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA UNICA DEL CIRCULO PUERTO GAITAN META SANDRA IVET GARCIA VERA

SANDRA IVET GARCÍA VERA
Notaria Única del Círculo de Puerto Gaitan

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: nbsmpuailsxs

Señores
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE VILLAVICENCIO - META
Reparto

REF.: **PODER ESPECIAL – MEDIO DE CONTROL REPARACIÓN DIRECTA.**
DEMANDANTES: **LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA y Otros**
DEMANDADOS: **E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD" y Otros.**

ELVIA ROJAS GARCÍA, mayor de edad y vecina del municipio de Puerto Gaitán, identificada como aparece bajo mi firma, actuando en mi propio nombre manifiesto a ese despacho que otorgo poder especial, amplio y suficiente al abogado **FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ,** también mayor de edad, identificado con C.C. No. 80.226.754 de Bogotá, portador de la T. P. No. 210.738 del C. S. de la J, para que en mi nombre y representación solicite y lleve hasta su terminación el medio de control de **REPARACIÓN DIRECTA**, en contra de:

1- **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD",** persona jurídica de derecho público, representada legalmente por el su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
2- **MALLAMAS E.P.S. – I**, persona jurídica de derecho público, representada legalmente por su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
3- **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.**, persona jurídica de derecho privado, identificada con el Nit. 900.624.392-5, representada legalmente por su Gerente General, **Sr CESAR EDUARDO TARAZONA GÓMEZ**, quien sea, la represente o haga sus veces, entidad convocada en aplicación de la figura jurídica del fuero de atracción.

Dichas entidades se demandan pretendiendo la indemnización integral que corresponda por los perjuicios derivados de la falla en la prestación del servicio médico en que incurrieron frente a la atención de la paciente gestante **FRANCY ELENA ROJAS,** entre el 10 y el 11 de enero de 2020 y que derivó en el fallecimiento de la bebé que estaba por nacer, conforme a los hechos que se narran en detalle en el escrito de demanda.

Mi apoderado cuenta con las facultades propias del mandato de conformidad con los artículos 74 y 77 del Código General del Proceso, así como las de conciliar, no conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar a este poder, recibir pagos, solicitar medidas cautelares y en general, adelantar todas las demás gestiones tendientes a la adecuada representación de mis intereses.

Solicito comedidamente reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente mandato.

Cordialmente:

Elvia Rojas B
ELVIA ROJAS GARCÍA
C. C. No. 30.217.673 Cumaribo - Vichada

Acepto:
FREDY ALEJANDRO BALLEN M
C.C. N° 80.226.754 de Bogotá D.C
T.P. N° 210.738 C. S. de la J

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

13226

En la ciudad de Puerto Gaitan, Departamento de Meta, República de Colombia, el seis (06) de febrero de dos mil veinte (2020), en la Notaría Única del Círculo de Puerto Gaitan, compareció:

ELVIA ROJAS GARCIA, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0030217673 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

ELVIA ROJAS G

-------- Firma autógrafa --------

16pelx2y9i40
06/02/2020 - 15:40:03:507

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de OTORGO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE AL ABOGADO FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ CON C.C. N° 80.226.754 CON T.P 210.738 DEL C.S DE LA J y en el que aparecen como partes ELVIA ROJAS GARCIA IDENTIFICADA CON C.C. N° 30.217.673.

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA UNICA DEL CIRCULO PUERTO GAITAN - META SANDRA IVET GARCIA VERA

SANDRA IVET GARCÍA VERA
Notaria Única del Círculo de Puerto Gaitan

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 16pelx2y9i40

Señores
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE VILLAVICENCIO - META
Reparto

REF.: **PODER ESPECIAL – MEDIO DE CONTROL REPARACIÓN DIRECTA.**
DEMANDANTES: **LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA y Otros**
DEMANDADOS: **E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD" y Otros.**

FILOMENA MENDOZA DE BOADA, mayor de edad y vecina del municipio de Puerto Gaitán, identificada como aparece bajo mi firma, actuando en mi propio nombre manifiesto a ese despacho que otorgo poder especial, amplio y suficiente al abogado **FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ,** también mayor de edad**,** identificado con C.C. No. 80.226.754 de Bogotá, portador de la T. P. No. 210.738 del C. S. de la J, para que en mi nombre y representación inicie y lleve hasta su terminación el medio de control de **REPARACIÓN DIRECTA**, en contra de:

1- **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD",** persona jurídica de derecho público, representada legalmente por el su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
2- **MALLAMAS E.P.S. – I**, persona jurídica de derecho público, representada legalmente por su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
3- **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.**, persona jurídica de derecho privado, identificada con el Nit. 900.624.392-5, representada legalmente por su Gerente General, **Sr CESAR EDUARDO TARAZONA GÓMEZ**, quien sea, la represente o haga sus veces, entidad convocada en aplicación de la figura jurídica del fuero de atracción.

Dichas entidades se demandan pretendiendo la indemnización integral que corresponda por los perjuicios derivados de la falla en la prestación del servicio médico en que incurrieron frente a la atención de la paciente gestante **FRANCY ELENA ROJAS,** entre el 10 y el 11 de enero de 2020 y que derivó en el fallecimiento de la bebé que estaba por nacer, conforme a los hechos que se narran en detalle en el escrito de demanda.

Mi apoderado cuenta con las facultades propias del mandato de conformidad con los artículos 74 y 77 del Código General del Proceso, así como las de conciliar, no conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar a este poder, recibir pagos, solicitar medidas cautelares y en general, adelantar todas las demás gestiones tendientes a la adecuada representación de mis intereses.

Solicito comedidamente reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente mandato.

Cordialmente:

FILOMENA MENDOZA DE BOADA
C. C. No. 27.609.381 Tibú

Acepto:

FREDY ALEJANDRO BALLEN M
C.C. N° 80.226.754 de Bogotá D.C
T.P. N° 210.738 C. S. de la J

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

13221

En la ciudad de Puerto Gaitan, Departamento de Meta, República de Colombia, el seis (06) de febrero de dos mil veinte (2020), en la Notaría Única del Círculo de Puerto Gaitan, compareció:

FILOMENA MENDOZA DE BOADA, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0027609381 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

-------- Firma autógrafa --------

5xfp08kbtmgz
06/02/2020 - 15:17:30:014

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de OTORGO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE AL ABOGADO FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ CON C.C. N° 80.226.754 CON T.P 210.738 DEL C.S DE LA J y en el que aparecen como partes FILOMENA MENDOZA DE BOADA IDENTIFICADA CON C.C. N° 27.609.381.

SANDRA IVET GARCÍA VERA
Notaria Única del Círculo de Puerto Gaitan

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 5xfp08kbtmgz

AB ALEJANDRO BALLEN
Consultoría Jurídica - Responsabilidad civil, médica y del Estado

Señores
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE VILLAVICENCIO - META
Reparto

REF.: **PODER ESPECIAL – MEDIO DE CONTROL REPARACIÓN DIRECTA.**
DEMANDANTES: **LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA y Otros**
DEMANDADOS: **E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD" y Otros.**

DARLYN JOHANNA AREVALO MUNAR, mayor de edad y vecina de Bogotá D.C., identificada como aparece bajo mi firma, actuando en mi propio nombre manifiesto a ese despacho que otorgo poder especial, amplio y suficiente al abogado **FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTINEZ,** también mayor de edad, identificado con C.C. No. 80.226.754 de Bogotá, portador de la T. P. No. 210.738 del C. S. de la J, para que en mi nombre y representación promueva y lleve hasta su terminación el medio de control de **REPARACION DIRECTA**, en contra de:

1- **E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD",** persona jurídica de derecho público, representada legalmente por el su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
2- **MALLAMAS E.P.S. – I**, persona jurídica de derecho público, representada legalmente por su Gerente General, quien sea, la represente o haga sus veces.
3- **ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.**, persona jurídica de derecho privado, identificada con el Nit. 900.624.392-5, representada legalmente por su Gerente General, Sr **CESAR EDUARDO TARAZONA GÓMEZ**, quien sea, la represente o haga sus veces, entidad convocada en aplicación de la figura jurídica del fuero de atracción.

Dichas entidades se demandan pretendiendo la indemnización integral que corresponda por los perjuicios derivados de la falla en la prestación del servicio médico en que incurrió cada una de ellas frente a la atención de la paciente gestante **FRANCY ELENA ROJAS,** entre el 10 y el 11 de enero de 2020 y que derivó en el fallecimiento de la bebé que estaba por nacer, conforme a los hechos que se narran en detalle en el escrito de demanda.

Mi apoderado cuenta con las facultades propias del mandato de conformidad con los artículos 74 y 77 del Código General del Proceso, así como las de conciliar, no conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar a este poder, recibir pagos, solicitar medidas cautelares y en general, adelantar todas las demás gestiones tendientes a la adecuada representación de mis intereses.

Solicito comedidamente reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente mandato.

Cordialmente:

DARLYN JOHANNA AREVALO MUNAR
C. C. No. 1.072.195.780 Sibaté – Cund.

Acepto:

FREDY ALEJANDRO BALLEN M.
C.C. N° 80.226.754 de Bogotá D.C
T.P. N° 210.738 C. S. de la J

Carrera 10 N° 16 – 39 Oficina 16-07, Edificio Seguros Bolívar, Bogotá D. C.
PBX: (57) (1) 3415223 – Móvil: 350 4247363 - 316 3385651
e-mail: contacto@alejandroballen.com – alejandroballen1@gmail.com
www.alejandroballen.com



CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL
PROCURADURÍA 48 JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación No E-2020-455852 del 02 de septiembre de 2020

Convocante: FRANCY ELENA ROJAS, LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA, EDUARDO CHIPIAJE AMAYA, ELVIA ROJAS GARCIA, FILOMENA MENDOZA DE BOADA, DARLYN JOHANNA AREVALO MUNAR

Convocada: E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META –SOLUCION SALUD-, MALLAMAS E.P.S – I, ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S

Medio de Control: REPARACION DIRECTA

En los términos del artículo 2.° de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 6.° del artículo 2.2.4.3.1.1.9 del Decreto 1069 de 2015[1], las Resoluciones Nos. 127, 232, 259, 293 y 312 de 16 de marzo, 4 de junio, 1 , 15 y 29 de julio de 2020, respectivamente, el Procurador General de la Nación autorizó de manera temporal a los agentes del Ministerio Público a realizar audiencias extrajudiciales de manera no presencial en asuntos de lo contencioso administrativo", y en el Decreto legislativo 491 del 28 de marzo de 2020, el Procurador 48 Judicial II para Asuntos Administrativos de Villavicencio expide la siguiente,

CONSTANCIA:

1. Mediante apoderado, la parte convocante FRANCY ELENA ROJAS y otros, presentó solicitud de conciliación extrajudicial el día 02 de septiembre de 2020, convocando a la E.S.E DEPARTAMENTAL DEL META –SOLUCION SALUD-, MALLAMAS E.P.S – I, ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S

2. Las pretensiones de la solicitud fueron las siguientes:

PRETENSIONES

1°. Que dentro de la audiencia de conciliación convocada por el despacho en respuesta a la presente solicitud, como mecanismo alternativo de solución de conflictos contencioso-

[1] *Decreto 1069 del 26 de mayo de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho". Antiguo artículo 9° del Decreto 1716 de 2009.*

administrativos y previendo una posible acción judicial en el ejercicio del medio de control de reparación directa, los convocados asuman su responsabilidad por las acciones y omisiones descritas en el acápite de los hechos y se suscriba por las partes un acuerdo sobre el pago de una indemnización por los perjuicios materiales e inmateriales sufridos por los convocantes como consecuencia de la conducta negligente de la cual fue víctima la paciente ***FRANCY ELENA ROJAS*** *en la atención del parto de su hija, inicialmente, por parte del demandado* ***E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"*** *al dejarla en "observación" ante un diagnóstico de ruptura temprana de membranas, durante un lapso superior a las 24 horas. Conducta negligente a la que se sumó la EPS- I Mallamas, al retrasar injustificadamente las autorizaciones pertinentes que requería la paciente para su atención en un centro de mayor complejidad, agravada por la indolente conducta del personal de la tripulación de la ambulancia adscrita al demandado* ***ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.****, al detenerse en el municipio de Puerto Gaitán a "tomar tinto y fumar cigarrillo" conducta absolutamente impropia para los profesionales que tenían a su cargo trasladar a la paciente hasta la ciudad de Villavicencio con la premura propia que requería una paciente obstétrica con diagnóstico de ruptura temprana de membranas, negligencias que en suma, degeneraron en el diagnóstico del óbito fetal cuando la paciente finalmente arribó a la Clínica del Meta S.A., en la ciudad de Villavicencio, todo lo anterior en hechos ocurridos entre el 10 y el 11 de enero de 2020.*

2º. *Como consecuencia de lo anterior y a título de reparación integral, se solicita que las entidades convocadas reconozcan y paguen a los solicitantes las siguientes sumas de dinero, liquidación que se detalla en el acápite de cuantía:*

Causante
Hija por nacer de Francy Elena Rojas

Solicitante	Parentesco	Perjuicios Morales	Daño a la Vida de Relación	Afect. Derechos Constit. Rec.
FRANCY ELENA ROJAS	Madre	$ 87.780.300,00	$ 87.780.300,00	$ 87.780.300,00
LUIS YOVANY ARÉVALO MENDOZA	Padre	$ 87.780.300,00	$ 87.780.300,00	$ -
ELVIA ROJAS GARCÍA	Abuela	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
EDUARDO CHIPIAJE AMAYA	Abuelo	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
FILOMENA MENDOZA DE BOADA	Abuela	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
DARLYN JOHANNA ARÉVALO MUNAR	Hermana	$ 43.890.150,00	$ 43.890.150,00	$ -
	Subtotal	$ 351.121.200,00	$ 351.121.200,00	$ 87.780.300,00
	Gran Total	$		790.022.700,00

3°. *Que sobre las sumas anteriores se reconozcan intereses corrientes y moratorios en las condiciones previstas en el inciso tercero del artículo 192 del C. P. A y de lo C. A.*

4°. Que a las sumas que sean reconocidas se le integren los intereses moratorios a partir del momento en el que quede ejecutoriado el auto aprobatorio de este acuerdo conciliatorio, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo del artículo 192 del C. P. A y de lo C. A.

MEDIDAS DE REPARACIÓN NO PECUNIARIAS

5°. *Como medida resarcitoria no pecuniaria se solicita que se celebre una ceremonia pública en la plazoleta principal del municipio de Puerto Gaitán en la cual cada uno de los representantes legales de los demandados haga reconocimiento del error médico que le corresponda y que contribuyó al fallecimiento de la hija por nacer de la paciente* ***FRANCY ELENA ROJAS****, expresando su rechazo a las conductas de sus funcionarios involucrados en la prestación fallida del servicio, ofreciendo excusas públicas a los demandantes y a la etnia Sikuani y en donde se comprometan a adoptar los protocolos necesarios que garanticen la efectividad de los derechos humanos de los pacientes, indígenas y no indígenas, esto es, la garantía de no repetición de tratamientos similares a pacientes que sean atendidos en el futuro por los demandados; ceremonia a la que serán invitadas autoridades locales del municipio, así como las principales autoridades del Resguardo Indígena Domo Planas al cual pertenecía la menor fallecida.*

6°. *Que una copia del acta que se levante de dicha ceremonia sea publicada por cada uno de los demandados en lugar visible de sus instalaciones físicas y en sus correspondientes páginas web, por un término de un mes calendario, para el conocimiento del personal dependiente y sus usuarios, a efectos de generar conciencia de la especial protección en sus derechos fundamentales al acceso a los servicios de salud de la cual gozan los pacientes indígenas y no indígenas, usuarios de sus servicios.*

7°. *En caso de no llegarse a ningún acuerdo conciliatorio o cuando vencido el término previsto en el inciso 1° del artículo 20 de la ley 640 de 2001, la audiencia no se haya celebrado por cualquier causa, solicito se expida la respectiva constancia con el fin de agotar así el requisito de procedibilidad e instaurar posteriormente el* ***MEDIO DE CONTROL DE REPARACION DIRECTA*** *correspondiente.*

3. En audiencia cumplida por medios no presenciales, llevada a cabo el 13 de noviembre de 2020, se declara fallida la conciliación ante la falta de ánimo conciliatorio expresado por las partes convocadas, conforme fue consignado en el acta de audiencia suscrita por el Procurador.

4. De conformidad con lo anteriormente expuesto, se da por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 35 y 37 de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA.

Dada en Villavicencio, a los trece (13) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).

VICTOR JANUARIO HOYOS CASTRO
Procuradora 48 Judicial II Para Asuntos Administrativos

AB ALEJANDRO BALLEN
Consultoría Jurídica - Responsabilidad civil, médica y del Estado

Puerto Gaitán – Meta, enero 16 de 2020

Señores
HOSPITAL LOCAL DE PUERTO GAITÁN
Dirección General
Puerto Gaitán - Meta.

ASUNTO: **SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA.**
PACIENTE: **FRANCY ELENA ROJAS - C.C. 1.148.205.130 de Cumaribo - Vichada**

FRANCY ELENA ROJAS, mayor de edad, identificada con la C. C. No. 1.148.205.130, con domicilio en el municipio de Puerto Gaitán - Meta, actuando en nombre propio manifiesto a usted que por medio del presente escrito solicito se expida copia integra y legible de la historia clinica de mi atención en esta institución, registro que ha debido tramitarse conforme a los parámetros legales establecidos y conocidos ampliamente por ustedes en razón de sus funciones.

Lo anterior se requiere para ser allegado a despachos judiciales, administrativos y disciplinarios (ético-profesionales) en calidad de prueba.

Recibo comunicaciones en el número celular 315 2945537 y solicito se me remita la respuesta al correo electrónico internetplanas@gmail.com ó luisyovany@hotmail.com, y por escrito autorizo de manera expresa para retiro de la historia clínica a la señora Denis Shirley Martínez Becerra, identificada con la c.c. N° 40.422.567, presidenta de la JAC de la Vereda Planas de éste municipio.

Cordialmente,

Francy Elena Rojas.
FRANCY ELENA ROJAS
C. C. No. 1.148.205.130

Recibido
16-01-20
2:40

Carrera 10 N° 16 – 39 Oficina 16-07, Edificio Seguros Bolívar, Bogotá D. C.
PBX: (57) (1) 3415223 – Móvil: 350 4247363 - 316 3385651
e-mail: contacto@alejandroballen.com – alejandroballen1@gmail.com
www.alejandroballen.com

Departamento del Meta
Salud Pública
Empresa Social del Estado

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595 - 1

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1148205130 -- FRANCY ELENA ROJAS

Empresa: MALLAMAS EPS-I EVENTO SUBSIDIADO I NIVEL 2018 2019 **Afiliado:** NIVEL 0
Fecha Nacimiento: 23/05/1987 **Edad actual :** 32 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono:
Barrio: BATEAS **Dirección:**
Municipio: PUERTO GAITAN **Departamento:** META
Etnia: No aplica **Ocupacion:** No Aplica
Nivel Educativo: Preescolar **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Discapacidad: No aplica **Atención Especial:** NO APLICA
Grupo Poblacional: NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 1 **FECHA** 10/01/2020 17:15:59 **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

TRIAGE III -

OBSERVACIONES

SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES

CLASIFICACIÓN TRIAGE: 3 TRIAGE III
DIRECCIONAMIENTO:

ALFONSO JULIO HERNANDEZ
Reg. 8567415
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 2 **FECHA** 10/01/2020 17:17:31 **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

MOTIVO DE CONSULTA

SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES SIN DOLOR APARENTE

ENFERMEDAD ACTUAL

REFIERE PACIENTE QUE CURSA CON CUADRO CLINICO DE 13 HRS DE EVOLUCION SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES ABUNDANTE CLARO SIN OLOR SIN DOLOR APARENTE NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA

REVISION POR SISTEMAS

SISTEMA GENITAL: SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES SISTEMICOS

TRATAMIENTO MEDICO ACTUAL
*PATOLOGICOS: NO REFIERE
*FARMOCOLOGICOS.NO REFIERE
*TOXICOS: NO REFIERE
*ALERGIAS: NO REFIERE
*QUIRURGICOS: NO REFIERE
*TRAUMA: NO REFIERE.
*GINECOLOGICOS FUM 27 ABRIL 19 , G1 P0 A0 C0 , PLANIFICACION NEGATIVA , ECOGRAFIA NO TRAJO , CONTROLES POSITIVOS 3 . MENARCA 15 AÑOS , PUBARCA 16 AÑOS , TELARCA 13 AÑOS .

EXAMEN FÍSICO

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1148205130 -- FRANCY ELENA ROJAS

Empresa: MALLAMAS EPS-I EVENTO SUBSIDIADO I NIVEL 2018 2019 **Afiliado:** NIVEL 0
Fecha Nacimiento: 23/05/1987 **Edad actual :** 32 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: **Dirección:**
Barrio: BATEAS **Departamento:** META
Municipio: PUERTO GAITAN **Ocupacion:** No Aplica
Etnia: No aplica **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: Preescolar **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO APLICA

CABEZA: NORMOCEFALA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NORMOCROMICA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS PALPABLES O VISIBLES
CARDIOPULMONAR: NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS
MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS
ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO 32 CM FCF 152 XMIN PRODUCTO CEFALICO
LONGITUDINAL NO ACTIVIDAD UTRERINA NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN DEFENSA MUSCULAR SIN
SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
G/U NORMAL TV CUELLO CERRADO CON EVIDENCIA DE LIQUIDO BLANCO PUÑO PERCUSION NEGATIVA
EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS LLENADO CAPILAR < 2 SG, FUERZA
MUSCULAR CONSERVADA REFLEJOS PRESENTES
NEUROLOGICO: CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS MENTALES, GLASGOW 15/15
OTROS HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO: PACIENTE CONCIENTE ALERTA HIDRATADA EN BUEN ESTADO GENERAL

ANÁLISIS

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON CUADRO CLINICO DESCRITO SIN COMPLICACIONES APARENTE SE DECIDE CONTINUAR EN SEGUIMIENTO OBSERVACION SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA REVALORACION POSTERIOR Y DEFINIR CONDUCTA

PLAN - DIAGNOSTICO

EMB DE 37.3 SEM POR FUM
RUPTURA PRECOZ DE MEMBRANAS
G1 P0 A0 C0

PLAN - SEGUIMIENTO

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON CUADRO CLINICO DESCRITO SIN COMPLICACIONES APARENTE SE DECIDE CONTINUAR EN SEGUIMIENTO OBSERVACION SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA REVALORACION POSTERIOR Y DEFINIR CONDUCTA

PLAN - TERAPEUTICO

LACTATO RINGER 500 CC AHORA Y CONTINUAR 100 CC HORA

S/S HEMOGRAMA , SEROLORIA , MONITORIA FETAL
REVALORACION POSTERIOR

DIAGNÓSTICO O429 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICAC Tipo PRINCIPAL

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	Realizado
1	MONITORIA FETAL ANTEPARTO TARIFA POR SESION	

POR ORDEN MEDICA SE REALIZA MONITOREO FETAL, LA CUAL PROCEDE A COLOCAR EL PACIENTE EN POSICION SUPINA, ENCENDER EL MONITOR Y VERIFICAR PAPEL DE MONITOR, SE PROCEDE A EXPLICAR PROCEDIMIENTO A LA PACIENTE SE UBICA EL TOCOMETRO Y EL FETOCARDIO CON GEL TRANSDUCTOR, SE HALLA FETOCARDIA FCF:135LPM SIN COMPLICACIONES, SE PROCEDE A COLOCAR LAS CINTAS SUJETADORAS SE ESPERA 20 MINUTOS PARA EL REGISTRO DEL MONITOR.
FECHA Y HORA DE APLICACION:10/01/2020 19:18:55 REALIZADO POR: DAGNA JOBAIRA MONTOYA TELLEZ

CONCLUSIONES

SE REALIZA SIN COMPLICACION.

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595 - 1

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1148205130 -- FRANCY ELENA ROJAS

Empresa: MALLAMAS EPS-I EVENTO SUBSIDIADO I NIVEL 2018 2019 **Afiliado:** NIVEL 0
Fecha Nacimiento: 23/05/1987 **Edad actual :** 32 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono:
Barrio: BATEAS
Municipio: PUERTO GAITAN
Etnia: No aplica
Nivel Educativo: Preescolar
Discapacidad: No aplica
Dirección:
Departamento: META
Ocupacion: No Aplica
Grupo Etnico: Ninguno de los Anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO APLICA

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
2,00	1,00 LITRO	LACTATO RINGER (SOLUCIÓN HARTMAN) SOLUCIÓN INYECTABLE 500 ML	EPIDURAL	Inf. Continu	NUEVO

500 C C AHORA Y CONTINUAR 100 CC HORA

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	Realizado
1	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL	

NOMBRE EXAMEN: CUADRO HEMATICO
RESULTADO:

HEMATOCRITO	38.0	%
HEMOGLOBINA	12.2	g/dl
LEUCOCITOS:	9.200	/ mm3
Neutrófilos:	67	%
Linfocitos:	28	%
Eosinófilos:	3	%
Monocitos:	2	%
Cayados:	0	%

OTROS.

PLAQUETAS: 363.000 / mm3
FECHA Y HORA DE APLICACION:10/01/2020 19:00:04 REALIZADO POR: WENDYS YOJANA ESCORCIA BARRIOS

1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA)	Realizado

NOMBRE EXAMEN: PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS - TPHA
RESULTADO: NEGATIVO

VALOR DE REFERENCIA: NEGATIVO
FECHA Y HORA DE APLICACION:10/01/2020 19:00:44 REALIZADO POR: WENDYS YOJANA ESCORCIA BARRIOS

ALFONSO JULIO HERNANDEZ
Reg. 8567415
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 3 **FECHA** 10/01/2020 18:09:10 **TIPO DE ATENCIÓN** URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 30981884

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595 - 1

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1148205130 -- FRANCY ELENA ROJAS

Empresa: MALLAMAS EPS-I EVENTO SUBSIDIADO I NIVEL 2018 2019 **Afiliado:** NIVEL 0

Fecha Nacimiento: 23/05/1987 **Edad actual :** 32 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Teléfono: **Dirección:**

Barrio: BATEAS **Departamento:** META

Municipio: PUERTO GAITAN **Ocupacion:** No Aplica

Etnia: No aplica **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores

Nivel Educativo: Preescolar **Atención Especial:** NO APLICA

Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO APLICA

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONSIENTE, ORIENTADA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CON SIGNOS VITALES,
TA:110/65MMHG
FC:80X',
FR:19X'
SPO:99% OXIGENO AMBIENTE,

PACIENTE QUIEN REFIERE, "SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES SIN DOLOR APARENTE
", MEDICO DE TURNO VALORA Y POR ORDEN MEDICA SE CANALIZA S EUTILIZA 1 VENOCAT #:20 SE TOMA MUSTRA DE PARACLINICO SE INICIAN LIQUIDOS NEODVENOSOS SE PASA BOLO DE 500CC Y SE CONTINUA A 100CC/H, SE REALIZA MONITOREO FETAL, LA CUAL PROCEDE A COLOCAR EL PACIENTE EN POSICION SUPINA, ENCENDER EL MONITOR Y VERIFICAR PAPEL DE MONITOR, SE PROCEDE A EXPLICAR PROCEDIMIENTO A LA PACIENTE SE UBICA EL TOCOMETRO Y EL FETOCARDIO CON GEL TRANSDUCTOR, SE HALLA FETOCARDIA FCF:135LPM SIN COMPLICACIONES, SE PROCEDE A COLOCAR LAS CINTAS SUJETADORAS SE ESPERA 20 MINUTOS PARA EL REGISTRO DEL MONITOR, CON PENDINETE REVLAORAR CON RSULTADOS PARA DEIFNIR CONDUCTA.

Nota realizada por: DAGNA JOBAIRA MONTOYA TELLEZ Fecha: 10/01/20 18:09:13

Jobaira Montoya

DAGNA JOBAIRA MONTOYA TELLEZ
Reg. 20420
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 4 **FECHA 10/01/2020 18:27:50** **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

NOTAS ENFERMERIA

ENTTREGO PACIENTE DE 32 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACION CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: -RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICACION, EN EL SERVICIO DE OBSERVACION MUJERES, CONSCIENTE, ORIENTADA. CON ACECOS VENOSO PERMABLE CON PASO E LACTATO DE IRNGER A 100CC/H, CON SIGNOS VITALES TA:110/60MMHG, Fc:75X', Fr:19X', SPO:995 OXIGENO AMBIENTE, CON PENDIENTE REVALORAR CON RESTADOS DE PARACLINICOS PARA DEIFNIR OCNDUCTA.

Nota realizada por: DAGNA JOBAIRA MONTOYA TELLEZ Fecha: 10/01/20 18:27:53

Jobaira Montoya

DAGNA JOBAIRA MONTOYA TELLEZ
Reg. 20420
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 5 **FECHA 10/01/2020 19:35:35** **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE DE 32 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: -RUPTURA PREMATURA DE LAS
7J.0 *HOSVITAL*

Departamento del Meta
Salud
Empresa Social del Estado

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595 - 1

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1148205130 -- FRANCY ELENA ROJAS

Empresa: MALLAMAS EPS-I EVENTO SUBSIDIADO I NIVEL 2018 2019 **Afiliado:** NIVEL 0
Fecha Nacimiento: 23/05/1987 **Edad actual :** 32 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: **Dirección:**
Barrio: BATEAS **Departamento:** META
Municipio: PUERTO GAITAN **Ocupacion:** No Aplica
Etnia: No aplica **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: Preescolar **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO APLICA

MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICACION, EN EL SERVICIO DE OBSERVACION MUJERES, CONSCIENTE, ORIENTADA, CON ACCESO VENOSO PERMABLE CON PASO E LACTATO DE IRNGER A 100CC/H, CON SIGNOS VITALES TA:120/60 MMHG, FC:75X', Fr:17 X', SPO:95 OXIGENO AMBIENTE, CON PENDIENTE REVALORAR CON RESULTADOS DE PARACLINICOS PARA DEIFNIR CONDUCTA.

Nota realizada por: DANIELA DAYANA TORRADO MACIAS Fecha: 10/01/20 19:35:36

DANIELA DAYANA TORRADO MACIAS
Reg. 19898
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 6 **FECHA** 10/01/2020 21:03:38 **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE MAIFIESTA QUE PERSISTE SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES NO EVIDENCIADO AL TACTO CON CUELLO CERRADO NO PERDIDAS VAGINALES ACTIVAS SE CONSIDERA DEJAR EN OBSERVACION Y REVALORACION POSTERIOR

Evolución realizada por: ALFONSO JULIO HERNANDEZ-Fecha: 10/01/20 21:03:42

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
4,00	1,00 AMPOLLA	AMPICILINA SAL SODICA POLVO PARA RECONS A SOL INY 1 G 1 G	INTRAVENOSO	6 Horas	NUEVO

CADA 6 HRS IV

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL

CONTROL MAÑANA

FECHA Y HORA DE APLICACION:13/01/2020 16:24:35 REALIZADO POR: WENDYS YOJANA ESCORCIA BARRIOS

PROCEDIMIENTO NO APLICADO. , POR: WENDYS YOJANA ESCORCIA BARRIOS

ALFONSO JULIO HERNANDEZ
Reg. 8567415
MEDICINA GENERAL

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1148205130 -- FRANCY ELENA ROJAS

Empresa: MALLAMAS EPS-I EVENTO SUBSIDIADO I NIVEL 2018 2019 **Afiliado:** NIVEL 0
Fecha Nacimiento: 23/05/1987 **Edad actual :** 32 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: **Dirección:**
Barrio: BATEAS **Departamento:** META
Municipio: PUERTO GAITAN **Ocupacion:** No Aplica
Etnia: No aplica **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: Preescolar **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 7 **FECHA** 10/01/2020 21:18:07 **TIPO DE ATENCIÓN** URGENCIAS

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
3,00	1,00 LITRO	LACTATO RINGER (SOLUCIÓN HARTMAN) SOLUCIÓN INYECTABLE 500 ML	EPIDURAL	Inf. Continu	MODIFICADO

CONTINUAR 100 CC HORA

ALFONSO JULIO HERNANDEZ
Reg. 8567415
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 8 **FECHA** 11/01/2020 00:08:37 **TIPO DE ATENCIÓN** URGENCIAS

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON DX ANOTADOS QUIEN PERSISTE CON SALIDA DE LIQUIDO ESCASO NO ACTIVIDAD UTERINA SE CONSIDERA REMITIR A OTRA INSTITUCION PARA VALORACION Y MANEJO POR GINECOLOGIA
S/S REMISION A OTRO NIVEL DE ATENCION

Evolución realizada por: ALFONSO JULIO HERNANDEZ-Fecha: 11/01/20 00:08:41

ALFONSO JULIO HERNANDEZ
Reg. 8567415
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 10 **FECHA** 11/01/2020 07:36:26 **TIPO DE ATENCIÓN** URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE DE 32 AÑOS INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: -RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICACION PACIENTE CON SIGNOS VITALES TA 120/60 FC 85 SPO% 99 PACIENTE EN CAMA POCISION DE CUBITO SUPINO PACINETE CON TRAMITE DE REMISION POR ACEPTACION

Nota realizada por: DANIELA DAYANA TORRADO MACIAS Fecha: 11/01/20 07:36:28

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595 - 1

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1148205130 -- FRANCY ELENA ROJAS

Empresa: MALLAMAS EPS-I EVENTO SUBSIDIADO I NIVEL 2018 2019 **Afiliado:** NIVEL 0
Fecha Nacimiento: 23/05/1987 **Edad actual :** 32 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: **Dirección:**
Barrio: BATEAS **Departamento:** META
Municipio: PUERTO GAITAN **Ocupacion:** No Aplica
Etnia: No aplica **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: Preescolar **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO APLICA

DANIELA DAYANA TORRADO MACIAS
Reg. 19898
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 14 CA-PTO GAITAN **Edad :** 32 AÑOS

FOLIO 11 **FECHA 11/01/2020 07:50:33** **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE DE 32 AÑOS INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: -RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICACION PACIENTE CON SIGNOS VITALES TA 120/60 FC 85 SPO% 99 PACIENTE EN CAMA POCISION DE CUBITO SUPINO

PACINETE CON TRAMITE DE REMISION POR ACEPTACION

Nota realizada por: ANA MARIA MURCIA CIFUENTES Fecha: 11/01/20 07:50:36

ANA MARIA MURCIA CIFUENTES
Reg. 21996
ENFERMERIA

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	ANEXO TÉCNICO No. 4 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: AU-FR-004 Versión: 01 Vigencia: 22/09/2017

AUTORIZACION No.: 20200002565539 **FECHA** 11/01/2020 **HORA** 1:07 p. m.

Entidad Responsable del pago	MALLAMAS EPS INDIGENA			**Código**	EPSI05
Información del Prestador (Autorizado)					
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.			**NIT** X	892000401	7
			CC	**Número**	**DV**
Código	5000100321	**Dirección**	CALLE 33 NO. 36-50		
Teléfono	6731765- 6614400- 6614429				
Departamento:	[50] META	**Municipio**	[001] VILLAVICENCIO		

DATOS DEL PACIENTE

ROJAS		FRANCY	ELENA
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**
Tipo Identificación	**Documento de Identificación**		**Régimen**
CC	1148205130		Subsidiado
Fecha de Nacimiento: 23-05-1987		**Cuota Moderadora:** N.A.	
Dir. Residencia	RESGUARDO EL TIGRE	**Edad**	32 Años
Departamento	[50] META	**Municipio**	[568] PUERTO GAITAN
Teléfono:		**E-mail**	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente	**Servicio - Especialidad - SubEspecialidad**	**Cama**	
Urgencias	INTERNACIÓN - (NA) - (NA)		

Manejo según Guía de: GUIA DE ATENCION

Código CUPS	Cantidad	Dias Trat.	Descripción
S11202	1	0	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACION BIPERSONAL

Nro. Solicitud	1001	**Fecha y Hora Solicitud**	11/01/2020 1:07:44 p. m.

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Autoriza	MORAN MAIRA ALEJANDRA	**Teléfono**	7738725
Cargo	AUX. DE ATENCION AL USUARIO		

OBSERVACION

SUJETO A AUDITORIA MÉDICA, PACIENTE DE 32 AÑOS CON DX O429 - RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION,AUTORIZACION VALIDA PAR AINGRESO DE PACIENTE A LA INSTITUCION

VIGENCIA: 60 DIAS

Nota: Para Transporte Terrestre la vigencia solo aplica cuando el usuario regresa a su lugar de origen

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS La Oportunidad Somos Para una Comunidad con futuro!	ANEXO TÉCNICO No. 4 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: AU-FR-004 Versión: 01 Vigencia: 22/09/2017

AUTORIZACION No.: 20200002565599		**FECHA** 11/01/2020		**HORA** 5:17 p. m.			
Entidad Responsable del pago	MALLAMAS EPS INDIGENA			**Código**	EPSI05		
Información del Prestador (Autorizado)							
PREVENCIÓN INTEGRAL EN SALUD IPS SAS - PREVIS IPS SAS			**NIT**	X	900547903	9	
			CC		**Número**	**DV**	
Código	5056801443	**Dirección**	CARRERA 12 No. 8-07				
Teléfono	6460344, 3154140634, 3123774360						
Departamento:	[50] META	**Municipio**	[568] PUERTO GAITAN				

DATOS DEL PACIENTE

ROJAS		FRANCY	ELENA
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**
Tipo Identificación	**Documento de Identificación**		**Régimen**
CC	1148205130		Subsidiado

Fecha de Nacimiento: 23-05-1987		**Cuota Moderadora:** N.A.	
Dir. Residencia	RESGUARDO EL TIGRE	**Edad**	32 Años
Departamento	[50] META	**Municipio**	[568] PUERTO GAITAN
Teléfono:		**E-mail**	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente	**Servicio - Especialidad - SubEspecialidad**	**Cama**	0
Hospitalizacion	TRANSPORTE ASISTENCIAL - MEDICALIZADO TERRESTRE - (NA)		

Manejo según Guía de: GUIA DE ATENCION

Código CUPS	Cantidad	Dias Trat.	Descripción
602T02	1	0	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO

Nro. Solicitud	0	**Fecha y Hora Solicitud**	11/01/2020 5:17:38 p. m.

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Autoriza	ANGIE GERMANIA CUAICAL ENRIQUEZ	**Teléfono**	
Cargo			

OBSERVACION

SUJETO A AUDITORIA MÉDICA, PACIENTE EN TRAMITE DE REMISION SE AUOTIZA TRASLADO RUTA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCION SALUD" PRINCIPAL PUERTO GAITAN META - CLINICA META VILLAVICENCIO

VIGENCIA: 60 DIAS

Nota: Para Transporte Terrestre la vigencia solo aplica cuando el usuario regresa a su lugar de origen

Folio 1 54

altillanura s a s
ambulancias y servicios medicos
900.624.392-5

altillanura	TRANSPORTE ASISTENCIAL	
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE AMBULANCIA	
TS.FR.02	Version:01	FECHA: 01/01/2018	Página 1 de 1

NOMBRE DEL PACIENTE: Francy Elena Rojas MATERNA: SI [X] NO [ ]

EPS DEL PACIENTE: Mallamas NEONATO: [ ] PEDIÁTRICO: [ ] ADOLESCENTE [ ] ADULTO [X]

ASISTENCIA BÁSICA [ ] ASISTENCIA MEDICALIZADA [X]

FECHA: DIA 11 MES 01 AÑO 20

SITIO DE PARTIDA: Pto Gaitan

DESTINO: Villavicencio

PLACA DEL VEHÍCULO: NEN 491

HORA DE INICIO DEL TRASLADO: 19+20

HORA DE LLEGADA AL DESTINO: 22+30

FIRMA DEL MEDICO/PROFESIONAL/PERSONA A CARGO DEL PACIENTE:

altillanura s a s ambulancias y servicios medicos

NOMBRES LEGIBLE DE LA TRIPULACIÓN:

-MEDICO lady Zamora

-AUX DE ENFERMERIA Luis Carlos Diaz

-CONDUCTOR Samuel Ascencio

FECHA: 08-01-2020

ACOMPAÑANTE:

NOMBRE Eduardo chipaje

IDENTIFICACIÓN 6847823

PARENTESCO Padre tel: 3183010117

HORA: 08:00 am

FIRMA: Puntura

FECHA: DIA 11 MES 01 AÑO 20

SITIO DE PARTIDA:

DESTINO:

PLACA DEL VEHÍCULO: NEN 491

HORA DE LLEGADA: 22+30

HORA DE ENTREGA DEL PACIENTE: 23+00

HORA DE SALIDA: 00+05

FIRMA DEL MEDICO QUE RECIBE EL PACIENTE:

Andrés Sarmiento R.
Médico - Cirujano
Universidad Libre
CC. 7208625 RM 506399

NOMBRES DE LA TRIPULACIÓN: -MEDICO: lady Zamora

-AUX DE ENFERMERIA: Luis Carlos Diaz

-CONDUCTOR: Samuel Ascencio

OBERVACION: E.E.A Riesgo gestante 37 sem x Fue (27-04-19) la cual presenta cc de ±30m de evolución caracterizado por salida de liquido por genitales acompañado de moderado dolor abdominal, tono contracción tolerable, Movimientos fetales positivos, Niega fiebre motivo por lo que ordenan traslado a clinica meta.

FIRMA DEL PACIENTE O HUELLA

Francy Elena Rojas

Altillanura Ambulancias y Servicios Médicos S.A.S
NIT: 900624392-5 Régimen Común
Calle 8 No 11-19 Barrio Centro
Cel: 318-424 84 40-316-620 21 57
Puerto Gaitán, Meta
altillanuraambulancias@gmail.com

Folio 2

55

altillanura s a s
ambulancias y servicios medicos
900.624.392-5

altillanura	TRANSPORTE ASISTENCIAL	
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTE	
TS.FR.03 Version:01	FECHA: 01/01/2018	Página 1 de 2

SITIO DE PARTIDA: Puerto Gaitan DESTINO: Villavicencio

FECHA DE SALIDA: DIA 11 MES 01 AÑO 20 HORA: 19+20

PLACA: NEN 941 NOMBRE DEL CONDUCTOR: Manuel Acevedo

NOMBRE DEL MEDICO: Leidy Ferrer NOMBRE AUXILIAR: Wilson Cortes Rico

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rojas		Francy	Elena

EDAD: 30 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [X] T.I. [ ] R.C. [ ] Número 1114820530

PROCEDENCIA: _____ TELÉFONO: _____

DIAGNOSTICOS DE REMISION

No.	DIAGNOSTICO	CIE 10
1	Ruptura Prematura de Membranas	
2		
3		

ESTADO INICIAL DEL PACIENTE

ESTADO GENERAL: BUENO [ ] ACEPTABLE [X] REGULAR [ ] MALO [ ] ESTADO DE CONCIENCIA: Consciente

SIGNOS VITALES: T.A. 123/64 F.C. 82x F.R. 18x T° 36.8 SO_2 98%

Paciente en aceptables condiciones, afebril, hidratada, ~~con~~ alteraciones Abd: Globoso por útero grávido en presentación cefálica FCF: 128x' Alt: 32cm MsIs (+) del fecto dueto largo ~~pretérmino~~ cerrado con tapón de tapón mucoso por genitales, MsIs sin edemas.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL TRASLADO

- Monitoreo Cardiopulmonar Continuo de paciente.
- Posición decubito lateral izq.
- SSN 0,9 1. a 120cc/h
- Cuidados propios de enfermería
- NPO.

MEDICAMENTOS O DISPOSITIVOS MEDICOS UTILIZADOS DURANTE EL TRASLADO

No.		PRESENTACIÓN	CONCENTRACIÓN	DOSIS	CANTIDAD
1	Sol. 0,9 1.	Solucion	500c	120cc/h	1.
2					
3					
4					
5					

Altillanura Ambulancias y Servicios Médicos S.A.S
NIT: 900624392-5 Régimen Común
Calle 8 No 11-19 Barrio Centro
Cel: 318-424 84 40-316-620 21 57
Puerto Gaitán, Meta
altillanuraambulancias@gmail.com

Folio 3 56

altillanura s a s
ambulancias y servicios médicos
900.624.392-5

altillanura		TRANSPORTE ASISTENCIAL	
		TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTE	
TS.FR.03	Version:01	FECHA: 01/01/2018	Página 2 de 2

ESTADO DEL PACIENTE AL LLEGAR AL DESTINO

ESTADO GENERAL: BUENO ☐ ACEPTABLE ☒ REGULAR ☐ MALO ☐ ESTADO DE LA CONCIENCIA: Concurte

SIGNOS VITALES: T.A. 119/69 F.C. 78 F.R. 18 T° 36.9 SO_2 98%

OBSERVACIONES: Estable en aceptable Ordenes clínicas, atebal, hidratate c/p Smalteracum Ab. Glubesa por utero gravido presentación pelvica no se auscultan FCF. Sin embargo, movimientos fetales refiere la madre TV: cuello largo posterior permeable salida de liquido vaginal, mucoso denso, se entrega paciente en clínica neta la medico de turno, quien realiza examen físico no evidenciando FCF por lo cual se realiza llamado a servicio ginecobstetricia, ginecobo realiza barrido ecuchando sin hallar FCF emite Dx: obito fetal se deja paciente servicio de Urgencias para manejo y para determinar.

LLEGADA AL DESTINO: DÍA 31 MES 01 AÑO 20 HORA DE LLEGADA: 22:30

HORA DE RECIBIDO: 00:05

Andrés Sarmiento R.
Médico - Cirujano
Universidad Libre
CC 7208628 RM 50300

FIRMA DEL MEDICO QUE RECIBE

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE ENTREGA

Folio 4

57

altillanura s a s
ambulancias y servicios medicos
900.624.392-5

altillanura

TRANSPORTE ASISTENCIAL

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL TRASLADO

TS.FR.04	Version:01	FECHA: 01/01/2018	Página 1 de 1

NOMBRE: Francy Elena Rojas		CEDULA: 1148205130	
FECHA: 11/01/2020	EDAD: 32 años	EPS: Mallamas	
TELEFONO: 3183010117	PROCEDENCIA:	SEXO: M ___	F ⊗

FECHA/HORA	ANOTACIONES
11/01/20	Gestante 32 años de edad GIPOAOVO de 37 sem
19+45	por FUR en aceptable condiciones generales,
	alerta, Orientada, comunicativa, bien es,
	tenida con Dx de Ruptura Prematura de
	membranas al examen físico TA: 126/72
	FC: 70x' FR: 18x' T° 36.8°C Sat02: 98%
	Neurologico consciente, abd: Globoso por
	Utero gravido, Feto unico pudalico FCF: 136'
	Movimientos Fetales (++), refiere dolor tipo
	Contracciones tolerables.
20+50	Gestante refiere Mfetales (+) al examen
	físico TA: 123/70 FC: 70x' FR: 18x' T° 36.8°C
	Sat02: 99% Genitales normales con salida
	de liquido Meconiado FCF: 125x', SNC.
	Concliente
21+30	Gestante en aceptables condiciones con
	fascie dolorosa, refiere contracciones Uterinas
	que han aumentado en frecuencia duracion e
	intensidad, TA: 118/68 FC: 68x' FR: 18x' T° 37°C
	Sat02: 99%. Paciente sigue refiriendo movimientos
	fetales, se realiza busqueda de FCF no se
	auscultan.
22+00	Gestante refiere Movimientos fetales sin embargo
	se auscultan insistentemente sin encontrar
	FCF.
22+30	llegada al destino Clinica meta Servicio
	de Urgencias.

FIRMA DEL MEDICO O AUXILIAR RESPONSABLE	FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE RESPONSABLE
	Francy Elena Rojas.

Altillanura Ambulancias y Servicios Médicos S.A.S
NIT: 900624392-5 Régimen Común
Calle 8 No 11-19 Barrio Centro
Cel: 318-424 84 40-316-620 21 57
Puerto Gaitán, Meta
altillanuraambulancias@gmail.com

Folio 5

58

altillanura s.a.s
ambulancias y servicios medicos
900.624.392-5

altillanura

TRANSPORTE ASISTENCIAL

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL TRASLADO

TS.FR.04	Version:01	FECHA: 01/01/2018	Página 1 de 1

NOMBRE: Franq Elena Rojas		CEDULA: 1148 205 130	
FECHA: 11-01-2020	EDAD: 31 años		EPS: Mallamas
TELEFONO: 318 301 01 17	PROCEDENCIA: Llanos Ortiz		SEXO: M ___ F X

FECHA/HORA	ANOTACIONES
11-01-20-1925	Recibo pte[1] de 31 años alerta, orientado, Comunicativa, Canalizada en M.S Izdo con yelco #18 y Lv lactato de Ringer a 120 cc/h y con abdomen globoso por embarazo.
2030	se lleva a la clinica Meta y se realiza tramite de referencia para entrega de la pte en observacion urgencias.
2310	se entrega la pte en observacion urgencias, alerta, orientada, Comunicativa, Canalizada en M.S izda con yelco #18 y Lv lactato de Ringer y abdomen globoso por embarazo. 36.301.7

FIRMA DEL MEDICO O AUXILIAR RESPONSABLE	FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE RESPONSABLE
	Franq Elena Rojas.

Altillanura Ambulancias y Servicios Médicos S.A.S
NIT: 900624392-5 Régimen Común
Calle 8 No 11-19 Barrio Centro
Cel: 316-424 84 40-315-620 21 57
Puerto Gaitán, Meta
altillanuraambulancias@gmail.com

Folio 6.
59

altillanura s.a.s
ambulancias y servicios medicos
900.024.392-5

altillanura	TRANSPORTE ASISTENCIAL		
	CONSTANCIA DE TRANSPORTE PACIENTES		
TS.FR.019	Version:01	FECHA: 01/01/2018	Página 1 de 1

altillanura

CONSTANCIA DE TRANSPORTE

Puerto Gaitán, Meta

Fecha: 11 | 01 | 20

Mediante la presente se deja constancia del traslado desde Pto Gaitan hacia Vicio

Usuario: Francy Elena Rojas ID: 1148205130
Celular: 318 301 0117
Acompañante: Eduardo Chiriaje Amaya ID: 6847823
Comunidad: Vicina Resguardo: Pto Gaitan.

Francy Elena Rojas.
Firma y huella del usuario

Motivo del Traslado:

Conductor: Nunael. H. Firma:
Vehiculo Placas: VEN 497

Folio 7 60

altillanura s a s
ambulancias y servicios medicos
900.624.392-5

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595

Formato de Referencia y Contrareferencia

IPRemCRef2
Fecha: 11/01/2020
Página: 1

Nº Solicitud	Fecha de Referencia	Nº Verificación	Tipo de Atención
RCR-3833	11/01/2020 00:11:07		Urgencias

Nombre : ROJAS FRANCY ELENA **Nº Identificación :** 1148205130 **Tipo Doc :** CC
Edad : 32 AÑOS **Dirección Residencia :** **Localidad :** PUERTO GAITAN
Sexo : F **Teléfono :**
Nivel atención : 1 NIVEL 0 **Empresa :** 837000084-5 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAM

DATOS DE REFERENCIA

IPS Referente : 352 CA-PTO GAITAN
Médico Referente : ALFONSO JULIO HERNANDEZ **Reg Medico Ref :** 8567415
Especialidad : 382 MEDICINA GENERAL
Diagnóstico : O429 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICACION

Descripción Caso Clinico :
RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICACION
Motivos Remisión Médica:

MOTIVO DE CONSULTA
SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES SIN DOLOR APARENTE
ENFERMEDAD ACTUAL
REFIERE PACIENTE QUE CURSA CON CUADRO CLINICO DE 13 HRS DE EVOLUCION SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES ABUNDANTE CLARO SIN OLOR SIN DOLOR APARENTE NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA
REVISION POR SISTEMAS
SISTEMA GENITAL: SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES
ANTECEDENTE
ANTECEDENTE : SISTEMICOS
TRATAMIENTO MEDICO ACTUAL (NO REFIERE)
*PATOLOGICOS: NO REFIERE
*FARMACOLOGICOS:NO REFIERE
*TOXICOS: NO REFIERE
*ALERGIAS: NO REFIERE
*QUIRURGICOS: NO REFIERE
*TRAUMA: NO REFIERE.
*GINECOLOGICOS FUM 27 ABRIL 19 , G1 P0 A0 C0 , PLANIFICACION NEGATIVA , ECOGRAFIA NO TRAJO , CONTROLES POSITIVOS 3 , MENARCA 15 AÑOS , PUBARCA 16 AÑOS , TELARCA 13 AÑOS
TA 110/78 FC 82 X MIN FR 20 xmin TEMP 36.7 C
NORMOCEFALO , CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NORMOCROMICA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS PALPABLES O VISIBLES
CARDIOPULMONAR: NORMOEXPANSIBLE. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS
ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO 32 CM FCF 152 XMIN PRODUCTO CEFALICO LONGITUDINAL NO ACTIVIDAD UTRERINA NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN DEFENSA MUSCULAR SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
G/U NORMAL TV CUELLO CERRADO CON EVIDENCIA DE LIQUIDO BLANCO PUÑO PERCUSION NEGATIVA
EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS LLENADO CAPILAR < 2 SG, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA REFLEJOS PRESENTES
NEUROLOGICO CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS MENTALES. GLASGOW 15/15
OTROS HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO: PACIENTE CONCIENTE ALERTA HIDRATADA EN BUEN ESTADO GENERAL
ANALISIS Y PLAN
DIAGNOSTICO O429 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS SIN OTRA ESPECIFICAC Tipo PRINCIPAL
ANALISIS
PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON CUADRO CLINICO DESCRITO SIN COMPLICACIONES APARENTE SE DECIDE CONTINUAR EN SEGUIMIENTO OBSERVACION SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA REVALORACION POSTERIOR Y DEFINIR CONDUCTA

Folio 8

61

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595

Formato de Referencia y Contrareferencia

[RRefCRef2

Página: 2

Nº Solicitud	Fecha de Referencia	Nº Verificaciòn	Tipo de Atención
RCR-3833	11/01/2020 00:11:07		Urgencias

PLAN - DIAGNO TICO
EMB DE 37.3 SE M POR FUM
RUPTURA PRE OZ DE MEMBRANAS
G1 P0 A0 C0
PLAN - SEGUIM ENTO
PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON CUADRO CLINICO DESCRITO SIN COMPLICACIONES APARENTE SE DECIDE CONTINUAR EN SEGUIMIENTO OBSERVACION SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA REVALORACION POSTERIOR Y DEFINIR CONDU CTA
PLAN - TERAPE TICO
LACTATO RING R 500 CC AHORA Y CONTINUAR 100 CC HORA
S/S HEMOGRAM A , SEROLORIA , MONITORIA FETAL
REVALORACIO POSTERIOR

SE REALIZA MO NITOREO FETAL, SE HALLA FETOCARDIA FCF:135LPM SIN COMPLICACIONES, SE ENCUENTRA BU ENA VARIABILIDAD Y SIN ACTIVIDAD UTERINA

HEMOGRAMA I HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL Realizado
Fecha y Hora de Aplicación:10/01/2020 19:00:35
Resultados:
NOMBRE EXAM EN: CUADRO HEMATICO
RESULTADO:
HEMATOCRITO 38.0 %
HEMOGLOBINA 12.2 g/dl
LEUCOCITOS: 9 200 / mm3
Neutrófilos: 67 %
Linfocitos: 28 %
Eosinófilos: 3 %
Monocitos: 2 %
Cayados: 0 %
OTROS.
PLAQUETAS: 30 .000 / mm3
NORMAL

SIFILIS - TPHA
RESULTADO: N GATIVO
PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE MAIFIESTA QUE PERSISTE SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALE NO EVIDENCIADO AL TACTO CON CUELLO CERRADO NO PERDIDAS VAG NALES ACTIVAS SE CONSIDERA DEJAR EN OBSERVACION Y REVALORACI N POSTERIOR

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CON DX ANOTADOS QUIEN PERSISTE CON SALIDA DE LIQUIDO ESCASO NO ACTIVIDAD UTI RINA SE CONSIDERA REMITIR A OTRA INSTITUCION PARA VALORACION Y MANEJO POR GINECOLOGIA
S/S REMISION ... RO NIVEL DE ATENCION

Observaciones

REFERENCIA A TOMÁTICA POR SALIDA TIPO REMISIÓN

Servicio Solicit do :

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

IPS de Destino :

Servicio Ambul ncia : **Fecha y hora de traslado :**

Quien entrega : MG051 ALFONSO JULIO HERNANDEZ **Reg Medico :** 8567415

Quien recibe : 0 **Reg Medico :**

Folio 9

62

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595

Formato de Referencia y Contrareferencia

[RRelCRef2
Fecha: 11/01/2020
Página: 3

Nº Solicitud	Fecha de Referencia	Nº Verificación	Tipo de Atención
RCR-3833	11/01/2020 00:11:07		*Urgencias*

Responsable paciente

Tipo Document : **Documento :** 0 **Nombre :**

Dirección respo : **Telefono :** **Parentesco :**

Usuario Registr :

ALFONSO JULIO HERNANDEZ

Medico que aprueba :

ALFONSO JULIO HERNANDEZ
Reg. 8567415

7J.0 "HOSVITAL" 11/01/2020 *** **FIN DEL REPORTE** *** 09:21:51 **Usuario:** 1121962982

Folio 10

63

Referencia Gaitan <referencia.ptogaitan2@esemeta.gov.co>

altillanura s a s ambulancias y servicios médicos

900.624.392-5

REMISION DE FRANCY ELENA ROJAS

mallamas referencia <mallamasreferencia@mallamaseps.com.co> 11 de enero de 2020, 15:51
Para: Referencia Gaitan <referencia.ptogaitan2@esemeta.gov.co>, URGENCIAS MALLAMAS <urgencias@mallamaseps.com.co>, mallamas referencia contrareferencia <mallamasreferencia@gmail.com>, referencia hospital granada <referencia2@hospitalgranada.gov.co>, HOSPITAL DEPARTAMENTAL <remisioneshdv31@gmail.com>, UFUN Contrareferencia Hospital Granada <ufun_contrareferencia@hospitalgranada.gov.co>, Autorizaciones2 Hospital Granada <autorizaciones@hospitalgranada.gov.co>

Buen dia,

Aceptado observacion-urgencias Dr Palomino.

Cordialmente,

Luz Aurora Coca Ayala
Auxiliar de Referencia
Inversiones Clínica del Meta S.A.
Cel: 3202312326 - 3102809268
Fijo. 6614400 ext. 1073 - 1074
FAVOR CONFIRMAR RECIBIDO E INFORMAR TIPO DE TRASLADO QUE REQUIERE

GRACIAS
ANGIE C.

Mallamas E.P.S
Referencia
Celular:3137659037-3175010778
Tel:(092)7733176-7731757-7255600
Linea nacional.018000913701

"El éxito no es el final, el fracaso no es la ruina, el coraje de continuar es lo que cuenta"

De: Referencia Gaitan <referencia.ptogaitan2@esemeta.gov.co>
Enviado: sábado, 11 de enero de 2020 9:22 a. m.
Para: mallamas referencia <mallamasreferencia@mallamaseps.com.co>; URGENCIAS MALLAMAS <urgencias@mallamaseps.com.co>; mallamas referencia contrareferencia <mallamasreferencia@gmail.com>; referencia hospital granada <referencia2@hospitalgranada.gov.co>; HOSPITAL DEPARTAMENTAL <remisioneshdv31@gmail.com>; UFUN Contrareferencia Hospital Granada <ufun_contrareferencia@hospitalgranada.gov.co>; Autorizaciones2 Hospital Granada <autorizaciones@hospitalgranada.gov.co>
Asunto: REMISION DE FRANCY ELENA ROJAS

[El texto citado está oculto]

Folio 11

64

altillanura s a s
ambulancias y servicios medicos
900.624.392-5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.148.205.130
ROJAS
APELLIDOS
FRANCY ELENA
NOMBRES

Francy Elena Rojas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1987
CUMARIBO
(VICHADA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

16-DIC-2013 CUMARIBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

I-7200800-0057021-F-1148205130-20140326 00377#0458A 1 41948657

Folio 12
65

altillanura s.a.s
ambulancias y servicios medicos
900.624.392-5

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	ANEXO TÉCNICO No. 4 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: AU-FR-004 Versión: 01 Vigencia: 22/09/2017

AUTORIZACION No.: 20200002565599		**FECHA** 11/01/2020		**HORA** 5:17 p. m.			
Entidad Responsable del pago	MALLAMAS EPS INDIGENA			**Código**	EPSI05		
Información del Prestador (Autorizado)							
PREVENCIÓN INTEGRAL EN SALUD IPS SAS - PREVIS IPS SAS			**NIT**	X	900547903	9	
			CC		**Número**	**DV**	
Código	5056801443	**Dirección**	CARRERA 12 No. 8-07				
Teléfono	6460344, 3154140634, 3123774360						
Departamento:	[50] META	**Municipio**	[568] PUERTO GAITAN				

DATOS DEL PACIENTE

ROJAS		FRANCY	ELENA
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**
Tipo Identificación	**Documento de Identificación**		**Régimen**
CC	1148205130		Subsidiado
Fecha de Nacimiento: 23-05-1987		**Cuota Moderadora:** N.A.	
Dir. Residencia	RESGUARDO EL TIGRE	**Edad**	32 Años
Departamento	[50] META	**Municipio**	[568] PUERTO GAITAN
Teléfono:		**E-mail**	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente	**Servicio - Especialidad - SubEspecialidad**	**Cama**	0
Hospitalizacion	TRANSPORTE ASISTENCIAL - MEDICALIZADO TERRESTRE - (NA)		

Manejo según Guía de: GUIA DE ATENCION

Código CUPS	Cantidad	Dias Trat.	Descripción
602T02	1	0	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO

Nro. Solicitud	0	**Fecha y Hora Solicitud**	11/01/2020 5:17:38 p. m.

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Autoriza	ANGIE GERMANIA CUAICAL ENRIQUEZ	**Teléfono**	
Cargo			

OBSERVACION

SUJETO A AUDITORIA MÉDICA, PACIENTE EN TRAMITE DE REMISION SE AUOTIZA TRASLADO RUTA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCION SALUD" PRINCIPAL PUERTO GAITAN META - CLINICA META VILLAVICENCIO

VIGENCIA: 60 DIAS

Nota: *Para Transporte Terrestre la vigencia solo aplica cuando el usuario regresa a su lugar de origen*

altillanura...

Puerto Gaitán, 04 de Febrero de 2020

Señora
FRANCY ELENA ROJAS
internetplanas@gmail.com
E.S.D

En atención a su solicitud de fecha 22 de enero de 2020, radicada en nuestras instalaciones en la misma fecha en mención, me permito dar contestación, haciendo las siguientes aclaraciones:

En cuanto a su solicitud de expedición de copia integral y legible de la historia clínica o del registro levantado en el traslado en ambulancia realizado desde el Hospital Local de Puerto Gaitán hasta la Clínica Meta en la ciudad de Villavicencio, realizado el pasado 11 de enero de 2020 me permito informarle que con el propósito de emitir copia integra del documento, se debe acercar a nuestra oficina ubicada en la **CALLE 8 # 11-19 Barrio EL CENTRO**, presentar su documento de identificación, hacer el pago de las copias y se le entregara la historia clínica, o en su defecto hacer llegar oficio autenticado autorizando la entrega de copia del documento solicitado, relacionando la persona autorizada e incluyendo copia de cedula de ciudadanía del mismo.

En cuanto a la información solicitada, en la que se especifique hora de la solicitud del servicio por parte de la EPS, le informo que dicho detalle se encuentra contenido de manera sucinta en la historia clínica de la paciente en cumplimiento de los lineamientos normativos contenido resolución 1995 de 1999, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto a la ambulancia y tipo de servicio, le manifiesto que se trataba de un transporte asistencial medicalizado TAM secundario, el cual se realizó en el vehículo de marca **NISSAN** y placa **NEN - 491**, operada por el Señor. **NUMAEL ASCANIO CARRILLO** quién en dicho se encontraba en disponibilidad para atender el servicio.

Ahora bien, ante su interrogante sobre la detención del vehículo en Puerto López, Meta, me permito comunicarle que una vez verificado con la tripulación de la ambulancia se corrobora que dicha situación se da con el único propósito de necesidad fisiológica expresada por uno de los integrantes de la tripulación y que una vez consultado en el GPS instalado, se logra evidenciar que la parada técnica no es superior a cinco minutos; en efecto, no existe nacedero jurídico para iniciar medidas de carácter disciplinario en contra de los funcionarios de nuestra institución.

Con base en lo anterior es evidente que no existe negligencia alguna en la prestación del servicio del transporte asistencial medicalizado realizado el pasado 11 de enero de la presente anualidad, ya que se garantizó la oportunidad, eficacia y eficiencia en la prestación del servicio.

Atentamente,

altillanura...
900.624[illegible]-5

CESAR EDUARDO TARAZONA GÓMEZ
GERENTE
ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS S.A.S

Altillanura Ambulancias y Servicios Médicos S.A.S
NIT: 900624392-5 Régimen Común
Calle 8 # 11 - 19 Barrio Centro Cel.: 316-6202157
Puerto Gaitán, Meta
administrativo@altillanuraambulancias.com

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD DEL META .

GERENCIA DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

GERENTE.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S., en su sede de prestador ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S del municipio de PUERTO GAITÁN - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	5056804428 - ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:900624392-5	Nombre o razón social:	ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS SAS		
Fecha de inscripción:	2019/11/18	Fecha de vencimiento:	2020/11/25	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:				Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	CESAR EDUARDO TARAZONA GOMEZ			Dirección administrativa:	CALLE 8 Nº 11-19 BARRIO CENTRO
Telefono:	3184248440	Fax:		Email:	administrativo@altillanuraambulancias.com
Municipio:	PUERTO GAITÁN			Departamento:	META

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	250472	20130607	CAMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	505680442801 - ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S				
Dirección:	CALLE 8 Nº 11-19			Barrio:	CENTRO
Telefono:	3145867703	Fax:		Email:	altillanuraambulancias@gmail.com
Gerente:	CESAR EDUARDO TARAZONA GOMEZ			Fecha de Apertura:	2019/11/18
Municipio:	PUERTO GAITÁN			Departamento:	META

AMBULANCIAS	BÁSICA	EMU393	TERRESTRE	2019	10016684336	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	FOL315	TERRESTRE	2019	10017155363	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	FPT901	TERRESTRE	2020	10018396118	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	FPT903	TERRESTRE	2020	10018396162	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	HSY529	TERRESTRE	2013	10006727386	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	RCT568	TERRESTRE	2011	10001810403	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	GKY189	TERRESTRE	2020	10019023590	20191230
AMBULANCIAS	BÁSICA	ZZL258	TERRESTRE	2015	10007989076	20191118
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	GLR557	TERRESTRE	2020	10019689482	20191230
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	EBQ049	TERRESTRE	2018	10015005379	20191129
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	EMN255	TERRESTRE	2019	10016301682	20191129
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	NEN491	TERRESTRE	2013	10018397909	20191129
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	RKN934	TERRESTRE	2012	10012498534	20191129

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DE SALUD DEL META , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S., quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 2003 de 2014, Resolución 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día jueves 23 de enero de 2020 (8:57 a. m.).

ZAMBRA YARLEY ROJAS BONILLA.
GERENTE.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 50000REPS03

Impreso por el usuario del ente territorial: 50000REPS03

Versión 2.0.

Fecha de impresión: jueves 23 de enero de 2020 (8:57 a. m.).

INV. CLINICA DEL META S.A.
892,000,401

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 15/01/2020 11:36

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

Fecha Ingreso: Ene. 11/2020 Hora:23:32 Fecha de egreso: Hora:00:00 Grp Sang=O Rh=+
Edad: A032 F.Nac:23/05/1987 Sexo:Fem. E.Civil:SOLTERO Dir:PUERTO GAITAN VILLAVICENCIO
Telefono: 3183010117 Tipo Afiliacion: SIN DETERMINAR Acompañante: Tel. Acompañante:
Entidad:E.P.S. INDIGENA MALLAMAS OCUPAC:PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
hab H50B P245437 **URGENCIAS** **TRIAGE: 2** Sucursal:01 Folio:000001

PROCEDENCIA :

VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DESDE LAS 04+00 DEL 10/01/20

ENFERMEDAD ACTUAL :

PACIENTE QUE ES TRAIDA DE PTO GAITAN POR CUADRO DE RPM DESDE AYER A LAS 04+00 CON ACTIVIDAD UTE RINA 1 /10. LIQUIDO CLARO. REFIERE MEDICA DE TRASLADO QUE PRESENTA CUELLO PERMEABLE A UN DEDO A LAS 17+00. G1P0A0 FUM 27/04/19 CONFIABLE EG 37 SEMANAS- ECO 08/10/19 EG 24.1 SEMANAS HOY 37. 5 SEMANS. NIEGA SINTOMAS DE INMINENCIA DE ECLAMPSIA. MADRE MANIFIESTA MOVIMEINTOS FETALES

RXS: NIEGA

- PATOLOGICOS: NIEGA
- QUIRUGICOS: NIEGA
- ALERGICOS: NIEGA
- FARMACOLOGICOS: NIEGA
- FAMILIARES NIEGA

EXAMEN FISICO

ACEPTABLE ESTADO GENERAL

- CABEZA, CARA Y CUELLO: PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL NO MASAS
- CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACO RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS SIN AGREGADOS
- ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, NO ENCUENTO FCF CON ESTETOSCOPIO NI CON DOPPLER PORTATIL
- GENITOURINARIO: CUELLO POSTERIOR CORTO DILATADO A UN DEDO, SE PALPA EXTREMIDADES Y SE APRECIA MECONIO ESPESO
- EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMAS.
- NEUROLOGICO: ALERTA , SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

ANTECEDENTES

- FAMILIARES:
- MEDICO-QUIRURGICOS:
- FARMACOLOGICOS:
- TOXICOLOGICOS:
- TRAUMATOLOGICOS:
- OCUPACIONALES:
- GINECO-OBSTETRICOS:

ANTECEDENTES GENERALES

- FAMILIARES:
- FAMILIARES:
- MEDICO-QUIRURGICOS:

ALERGICOS:

NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

SENTIDOS

INV. CLINICA DEL META S.A.
892,000,401

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 15/01/2020 11:36

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

O321 ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS

ANALISIS

PACIENTE CON RPM DE 17 HORAS AL EXAMEN FISICO NO ENCUENTRO FETOCARDIA CI DOPPLER Y TACTO VAGIN AL SE ENCUENTRA PRESENTACION PODALICA Y MECONIO ESPESO. SE INFORMA A G.O DE TURNO DR. SARMIENTO QUEN ORDENA SUBIR A SALA DE PARTO PARA ECO OBSTETRICA

- SUBIR A SALA DE PARTO
- NADA VIA ORAL
- L RINGER 500 CC EN BOLO Y CONTINUAR A 100 CC HORA
- SE SOLICITA VDRL- VIH- MONITOREO FETAL - ECO OBSTETRICA
- SE SOLICITA VALORACION POR GINECOBSTETRICIA
- PLAN ESTANDARIZADO PARA L CUIDADO DE LA PIEL Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
- CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
CAUSA : ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD : NO APLICA
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO PIEL : NO
VICTIMA DE MALTRATO : NO
VICTIMA DE VIOLENCIA : NO
ENFERMEDAD MENTAL : NO
ENFERMEDAD ITS : NO
CANCER DE SENO : NO
CANCER DE CERVIX : NO
ESTADO SALIDA : OBSERVACION

Andrés Sarmiento
[illegible]

ATENDIDO POR: SARMIENTO ROJAS ANDRES Reg.
MEDICINA FAMILIAR

Ene. 11/2020 23:32 evoluciono SARMIENTO ROJAS ANDRES MEDICO GENERAL Id: 72,206,625
NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

FORMULACION :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	MQ78626 1 SOB X 1	ANGIOCATH 18		1.0
Farmacia	MQ162007	EQUIPO CON CLAVE 500/XL		1.0
Farmacia	POB05XA300101 ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.	LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 1000ML	001	1.0
Laboratorio	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2		1.0
Laboratorio	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA T		1.0
Interconsultas	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO		1.0 3
Imagenologia	881431 EMB 37 SFA	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		1.0
Interconsultas	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECO		1.0

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

SARMIENTO GARCIA HERNAN DARIO id: 86,042,688 REG:506199 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Ene. 12/2020 00:30 evoluciono SARMIENTO ROJAS ANDRES MEDICO GENERAL id: 72,206,625

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS

NOTA DE EVOLUCION

- OBITO FETAL
- RPM 18 HORAS

*****

SE RECIBE PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION. PACIENTE CON LLANTO INCONSOLABLE. SE INFORMA A COMPA ÑERO DE LA PACIENTE Y REFIERE ENTENEDER Y COMPRENDER.

SE DECIDE

- NADA VIA ORAL
- AMPICILINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
- TRAMADOL 50 MG IV AHORA
- BB HIOSCINA 1 AMP IV CADA 8 HORAS
- CH, PCR, HEMOCLASIFICACION
- PREPARAR PARA CESAREA
- VALORACION POR PSIQUIATRIA
- CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR AMRIOS

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

FORMULACION :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POJ01CA026722	AMPICILINA 1 G POLVO PARA INYECCION	001	1.0
	ADMINISTRAR 1 C.C. CADA 6 HORAS I.V. 1			
Farmacia	MQ129440	EQUIPO BURETROL X 150 ML		1.0
	1			
Farmacia	PON02AT020701	TRAMADOL 50 MG/ML SOL INY	001	1.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos INMEDIATO I.V. 1			
Farmacia	POA03BH013701	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 MG/ML SOL INY	001	1.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V. 1			
Laboratorio	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE		1.0
	1			
Laboratorio	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOM		1.0
	1			
Laboratorio	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO R		1.0
	1			
Ordenes Medicas	740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL		1.0
	1			
Interconsultas	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUI ATRIA		1.0 3
	1			
Farmacia	MQCLINICA91	JERINGA DESECHABLE 10 ML CON AGUJA		5.0
	1			

DIAGNOSTICO :

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 15/01/2020 11:36

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

DIAGNOSTICO DE INGRESO: EMBARAZO DE 37 SEMANAS, OBITO FETAL, PRESENTACION DE PELVIS
DIAGNOSTICO DE SALIDA : IDEM
CIRUJANO: DR SARMIENTO
ANESTESIOLOGO: DR JL CORREDOR
AYUDANTE: NO
INSTRUMENTADORA: PAULA SAAVEDRA
PROCEDIMIENTOS : EXTRACCION DE OBITO FETAL POR HISTEROTOMIA
HALLAZGOS: UTERO GRAVIDO, TROMPAS Y OVARIOS NORMALES. FETO FEMENINO SIN SIGNOS VITALES A LAS 02:06am, NO PRESENTA ESFACELACIONES NI ACABALGAMIENTO DE SUTURAS CRANEANAS, PESO 2695g TALLA 56 cm, PLACENTA NORMAL, LIQUIDO CON MECONIO ESPESO
DESCRIPCION: ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CATETERISMO VESICAL, INCISION DE PFANNENSTIEL POR PLANOS HA STA CAVIDAD, HISTEROTOMIA SEGMENTARIA, EXTRACCION FETAL EN PODALICA, SE LIMPIA, LIGADURA DEL CO RDON. ALUMBRAMIENTO MANUAL, LIMPIEZA DE CAVIDAD UTERINA, HISTERORRAFIA POR PLANOS CON CROMADO 0 0.
RECUENTO COMPLETO DE COMPRESAS, CIERRE DE PARED POR PLANOS DE MANERA HABITUAL
NO COMPLICACIONES
SANGRADO 300cc
PATOLOGIA: PLACENTA
ORINA CLARA AL FINALIZAR
SE EXPLICA A PACIENTE IMPORTANCIA DE ESTUDI DE NECROPSIA CLINICA PARA DETERMINAR CAUSA DE FALLE CIMIENTO DEL FETO. NO HA TOADO AUN LA DECISION
ORDENES MEDICAS
TRASLADO A RECUPERACION
DIETA CORRIENTE EN 6 HORAS
RINGER 500cc MAS OXITOCINA 1 AMPOLLA PASAR A 100cc X HORA Y SUSPENDER
CEFAZOLINA 1g IV CADA 6 HORAS
DIPIRONA 2g IV CADA 6 HORAS
DICLOFENAC 75mg IM CADA 12 HORAS
VIGILAR SANGRADO Y TONO UTEIRNO
CSV/AC
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
O421 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE L
O821 PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
O364 ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: GINECOLOGIA Y OBSTET

Hernan Dario Sarmiento
Ginecobstetricia
U Javeriana
C. 86042688

NRO FORMULA 2001120226105130
SARMIENTO GARCIA HERNAN DARIO id: 86,042,688 REG:506199 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

POP DE EXTRACCION DE OBITO FETAL POR HISTEROTOMIA
DX:
EMBARAZO DE 37 SEMANAS, OBITO FETAL, PRESENTACION DE PELVIS
HALLAZGOS:
UTERO GRAVIDO, TROMPAS Y OVARIOS NORMALES. FETO FEMENINO SIN SIGNOS VITALES A LAS 02:06am, NO PRESENTA ESFACELACIONES NI ACABALGAMIENTO DE SUTURAS CRANEANAS, PESO 2695g TALLA 56 cm, PLACENTA NORMAL, LIQUIDO CON MECONIO ESPESO.
PACIENTE EN SALAS DE RECUPERACION CPOT:
S// SIN SINTOMAS VASOVAGALES NI DE VSOESPASMOS
SV: 122/56 MMHG FC: 78 LPM SPO2: 98%
O// PACIENTE DESPIERTA CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL HIDRATADA NORMOCEFALO PUPILAS ISOCORICAS NOR MOREACTIVAS A LA LUZ ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIMETRICO SIN ADENOP ATIAS TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE SIN EVIDENCIAS DE TIRAJES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN S OPLOS SIN SOBREAGREGADOS CAMPOS PULMONARES CLAROS MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, AB DOMEN BLANDO DEPRESIBLE SE PALPA UTERO TONICO INFRAUMBILICAL HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO C UBIERTA POR APOSITOS LIMPIOS SIN SALIDA DE SECRECIONES SIN SANGRADO ACTIVO SIN SIGNOS DE IRRITA CION PERITONEAL, GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE SE OBSERVAN LOQUIOS HEMATICOS NO FETIDOS ESCASOS, EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMAS PULSOS DISTALES PRESENTES LLENAD O CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS, SNC SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.
A// POP DE EXTRACCION DE OBITO FETAL POR HISTEROTOMIA AFEBRIL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE TOLERA NDO OXIGENO AMBIENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, UTERO TONICO HERIDA QUIR URGICA EN BUEN ESTADO, SANGRADO ESCASO, CON ORDEN DE HOSPITALIZAR POR PARTE DE GINECOLOGIA CON ANTIBIOTICOTERAPIA Y NAALGESIA IV, SE CONTINUARA ATENTOS A EVOLUCION CLINICA Y CAMBIOS QUE SE PRESENTEN DURANTE ESTANCIA EN SALAS DE RECUPERACION. ORDENES MEDICAS POR ESPECIALIDAD TRATANTE, PENDIENTE TRASLADO A PISO DE GINECOLOGIA.
PLAN:
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
RINGER 500cc MAS OXITOCINA 1 AMPOLLA PASAR A 100cc X HORA Y SUSPENDER
CEFAZOLINA 1g IV CADA 6 HORAS
DIPIRONA 2g IV CADA 6 HORAS
DICLOFENAC 75mg IM CADA 12 HORAS
VIGILAR SANGRADO Y TONO UTEIRNO
CSV/AC
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
O421 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE L
O821 PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
O364 ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO DE PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Ene. 12/2020 12:41 evoluciono MONTERROZA PEREZ DALIS MILENA MEDICO GENERAL id:1103,216,224

NOTA : MEDICO GENERAL HOSPITALIZACION

********** REVISTA MEDICA CON GINECOLOGO DE TURNO DR AVILA**********

PACIENTE EN POP DE:

EXTRACCION DE OBITO FETAL POR HISTEROTOMIA

DX:

EMBARAZO DE 37 SEMANAS. OBITO FETAL. PRESENTACION DE PELVIS

CORIOAMNIONITIS

HALLAZGOS:

UTERO GRAVIDO, TROMPAS Y OVARIOS NORMALES. FETO FEMENINO SIN SIGNOS VITALES A LAS 02:06am, NO PRESENTA ESFACELACIONES NI ACABALGAMIENTO DE SUTURAS CRANEANAS, PESO 2695g TALLA 56 cm, PLACENTA NORMAL, LIQUIDO CON MECONIO ESPESO.

SV: 122/56 MMHG FC: 78 LPM SPO2: 98%

S// REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN SINTOMAS VASOVAGALES NI DE VASOESPASMOS

O// PACIENTE DESPIERTA CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL HIDRATADA NORMOCEFALO PUPILAS ISOCORICAS NOR MOREACTIVAS A LA LUZ ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIMETRICO SIN ADENOP ATIAS TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE SIN EVIDENCIAS DE TIRAJES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN S OPLOS SIN SOBREAGREGADOS CAMPOS PULMONARES CLAROS MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, AB DOMEN BLANDO DEPRESIBLE SE PALPA UTERO TONICO INFRAUMBILICAL HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO C UBIERTA POR APOSITOS LIMPIOS SIN SALIDA DE SECRECIONES SIN SANGRADO ACTIVO SIN SIGNOS DE IRRITA CION PERITONEAL, GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE SE OBSERVAN LOQUIOS HEMATICOS NO FETIDOS ESCASOS, EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMAS PULSOS DISTALES PRESENTES LLENAD O CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS, SNC SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

A// POP DE EXTRACCION DE OBITO FETAL POR HISTEROTOMIA AFEBRIL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE TOLERAN DO OXIGENO AMBIENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, UTERO TONICO HERIDA QUIRU RGICA EN BUEN ESTADO, SANGRADO ESCASO, SE PASA REVISTA OCN EL DOCTOR AVILA GINECOLOGO DE TURNO REVISA HEMOGRAMA DE LAS 1+16 HORAS DEL DIA DE HOY QUE REPORTA LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, INDIC A SUSPENDER CEFAZOLINA E INICIAR TERAPIA ANTIBIOTICA BICONJUGADA CON CLINDA MICINA Y GENTAMICIN A, INDICA BROMOCRIPTINA CADA 12 HORAS PARA INHIBIR LACTANCIA, SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS PAS AR A PISO DE GINECOLOGIA.

PLAN:

SUSPENDER CEFAZOLINA

INICIAR:

CLINDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS IV

GENTAMICINA 240 MG DIA IV

BROMOCRIPTINA CADA 12 HRS VO

RESTO DE ORDENES MEDICAS IGUALES

TRASLADAR A PISO DE GINECOLOGIA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

FORMULACION :

	TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POJ01GB030102	GENTAMICINA 80MG/2ML SOL INY	001	3.0
	ADMINISTRAR 240 Miligramos CADA 1 DIA I.V. 1			
Farmacia	POJ01FC019701	CLINDAMICINA 150MG/ML SOL INY AMP X 4 ML	001	4.0

INV. CLINICA DEL META S.A.
892,000,401

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 15/01/2020 11:36

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

O364 ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO DE PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO
CANCER DE SENO: NO
CANCER DE CERVIX: NO
CITOLOGIA PREVIA NO

Dalis Monterroza
Dalis Monterroza
Medico General
RM- 1103216224

NRO FORMULA **2001121605105130**
MONTERROZA PEREZ DALIS MILENA id: 1103,216,224 REG:1103216224 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Ene. 12/2020 18:21 evoluciono GARZON CELY DIANA PAOLA MEDICO GENERAL id:1014,222,414

NOTA : MEDICO GENERAL HOSPITALIZACION

06:22 p.m. 12/01/2020

INGRESO A PISO GINECOBSTETRICIA.

PACIENTE FEMINO DE 32 AÑOS CON IDX:

1. EXTRACCION OBITO FETAL POR HISTEROTOMIA
2. EMBARAZO DE 37 SEM PRESETNACION PELVIS
3. CORIOAMNIONITIS

S: PACIENTE QUIEN REIFERE SNTIRSE BIEN DEMBULAION POSITIVA SIN SINTOMAS DE BAJO GASTO TOLERA VI AROAL. DOLOR HIPOGASTRICO LEVE NO SINTOMA PREMONITORIS DE ECLMAPSIA.

O: TA: 100/60 FC: 85 FR: 22

CC: NORMOCEFALO CONJUTNOVAS NORMOCROMCIAS ESCLWERAS ANCITERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA.

CP: RSCSRS NO SOPLOS RSRS NOA GHREGADOS NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

ABD: GLOBOSO UTERO TONICO INFRAUMBILICAL LEVE DOLOR A LA PALPACION DE HIPOGASTRIO HERIDA QUIRUR GICA LIMPIA CUBIERTA POR APOSITO

GU: LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS.

EXT: NO EDEMAS

SNC ALERTA ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS GASLGOW 15/15

ANALISIS:

PACIENTE EN POP DIA 1 DE EXTRACCION DE OBITO FETAL POR HISTEROTOMIA, ADECUAD EVOLUCION DE SU PO SOPERATORIO, EN MANEJO ANTIBIOTICO POR CORIOAMNIONITIS CLINCA GENTA HOY DIA 0

CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO Y VIGILANCIA CLINICA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

SANGRADO ESCASO NO FETIDO
MIEMBROS SIMETRICOS SIN EDEMAS
PIEL NORMAL
PTE CLINICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION
1 DIETACORRIENTE
2 TAPON HEPARINZADO
3 CLIINDAMICINA 600mg C/ 6 HORAS
4 GENTAMICINA 240mg C/ DIA IV
5 ACETAMINOFEN 1mg C/ 6 HRAS
6 DICLOFENAC 75mg IM C/ 12 HORAS
7 VALORACIIN X PSICOLOGIA
9 CSV YAC
1 BROMOCRIPTINA 1 TAB NOCHE
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POJ01GB030102 GENTAMICINA 80MG/2ML SOL INY	001	3.0
	ADMINISTRAR 240 Miligramos CADA 1 DIA I.V. 1		
Farmacia	POJ01FC019701 CLINDAMICINA 150MG/ML SOL INY AMP X 4 ML	001	4.0
	ADMINISTRAR 600 Miligramos CADA 6 HORAS I.V. 1		
Farmacia	POG02CB012011 BROMOCRIPTINA 2.5 MG TABLETA	001	2.0
	ADMINISTRAR 2.50 Miligramos CADA 12 HORAS ORAL 1		
Farmacia	PON02BA001011 ACETAMINOFEN 500MG TAB	001	8.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 6 HORAS ORAL 1		
Farmacia	POM01AD015701 DICLOFENACO 75 MG/3 ML SOL INY	001	2.0
	ADMINISTRAR 75 Miligramos CADA 12 HORAS I.M. 1		

DIAGNOSTICO :
O421 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE L
O821 PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
O364 ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO DE PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO
CANCER DE SENO: NO
CANCER DE CERVIX: NO
CITOLOGIA PREVIA NO



HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 15/01/2020 11:36

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

NOTA : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HOSPITALIZACION

10:12 a.m. 14/01/2020

PTE DE 32 AÑOS CON DX

1 EXTRACCION DE OBITO FETAL X HISTEROTOMIA

2 G2P0C1V0

3 CORIOAMNIONITIS

PTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SANGRADO ESCASO, NIEGA LIPOTIMIAS O SIGNOS DE VASOESPASMO

DIURESIS+ DEPOSICION --

CONCIENTE HIDRATADA AFEBRIL BEG

TA; 120/70 FC; 88 FR; 20

CABEZA NORMOCEFALA , CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS

ABDOMEN BLANDO UTERO INFRAUMBILICAL D EBUEN TONO, HERIDA EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL,

GENITAL MAMAS SECRETANTES

SANGRADO ESCASO NO FETIDO

MIEMBROS SIMETRICOS SIN EDEMAS

PIEL NORMAL

PTE CLINICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DESCOMPENSACION, CO LABILIDAD EMOCINAL, YA VALORADA X PSICOLOGIA

CONTINUA T/ DE ANTIBIOTICO

SS CH MAÑANA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POJ01GB030102 GENTAMICINA 80MG/2ML SOL INY	001	3.0
	ADMINISTRAR 240 Miligramos CADA 1 DIA I.V. 1		
Farmacia	POJ01FC019701 CLINDAMICINA 150MG/ML SOL INY AMP X 4 ML	001	4.0
	ADMINISTRAR 600 Miligramos CADA 6 HORAS I.V. 1		
Farmacia	POG02CB012011 BROMOCRIPTINA 2.5 MG TABLETA	001	2.0
	ADMINISTRAR 2.50 Miligramos CADA 12 HORAS ORAL 1		
Farmacia	PON02BA001011 ACETAMINOFEN 500MG TAB	001	8.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 6 HORAS ORAL 1		
Farmacia	POM01AD015701 DICLOFENACO 75 MG/3 ML SOL INY	001	2.0
	ADMINISTRAR 75 Miligramos CADA 12 HORAS I.M. 1		
Farmacia	POB05XRO07701 LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 500ML	001	1.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 6 HORAS I.V. 1		
Laboratorio	902207 HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y L		1.0
	MAÑANA 6 AM 1		

DIAGNOSTICO :

O421 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE L

O821 PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA

O364 ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: GINECOLOGIA Y OBSTET

C. Avila

Dr. Cesar A. Avila M.
Gineco-Obstetra UDEAM
Reg. M. 13888 / 87
C.C. No 153.480

Nombre:ROJAS FRANCY ELENA CC 000001148205130 - 01-000001

	ADMINISTRAR 240 Miligramos CADA 1 DIA I.V. 1		
	3 AMPO IM DIA X 2 DIAS		
Farmacia	PON02BA001011 ACETAMINOFEN 500MG TAB	004	20.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 6 HORAS ORAL 1		
Farmacia	POG02CB012011 BROMOCRIPTINA 2.5 MG TABLETA	015	15.0
	ADMINISTRAR 2.50 Miligramos CADA 1 DIA ORAL 1		
Ordenes Medicas	ZZ0065 OTRAS		1.0
	CITA CON PLANIFICACION FAMIALIR 1		
Ordenes Medicas	ZZ0065 OTRAS		1.0
	RETRO DE PUNTOS EN 10 DIAS 1		
Ordenes Medicas	ZZ0065 OTRAS		1.0
	VALORACIN X URGENCIAS SI HAY FIEBRE ECALOFRIOS, SANGRADO FETIDO, DOLRO DE 1ABE - ZA EROJECIMIENTO EN MAMAS O EN LA HERDA		
Ordenes Medicas	ZZ0065 OTRAS		1.0
	CITA COTROL CON GO DR SARMIENTO EN 3 SEMANAS 1		

DIAGNOSTICO :

Z093 EXAMEN DE SEGUIMIENTO CONSECUTIVO A PSICOTERAPIA

Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

SINTOMATICO DE PIEL: NO

VICTIMA DE MALTRATO: NO

VICTIMA DE VIOLENCIA: NO

ENFERMEDAD MENTAL: NO

ENFERMEDAD ITS: NO

CANCER DE SENO: NO

CANCER DE CERVIX: NO

CITOLOGIA PREVIA NO

NRO FORMULA **2001151051105130**

VALDERRAMA PARGA SANDRA IN id: 39,774,095 REG:50440/96 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

La salud es de todos | Minsalud

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.°.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 72222044 - 7

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Departamento: Meta — Municipio: Villavicencio

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
- [X] Cabecera municipal
- [ ] Centro poblado: _____ (Inspección, corregimiento o caserío)
- [ ] Rural disperso

TIPO DE DEFUNCIÓN
- [X] Fetal
- [ ] No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
2020 Año | 01 Mes | 12 Día

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
__ Hora | __ Minutos | [X] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO
- [ ] Masculino
- [X] Femenino
- [ ] Indeterminado

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Primer apellido: H// Rojas — Segundo apellido: _____
Primer nombre: Francy — Segundo nombre: Elena

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
- [ ] Registro civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Sin información
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Otro: ¿Cuál? Hijo

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
H//1148205130

PROBABLE MANERA DE MUERTE
- [X] Natural
- [ ] Violenta
- [ ] En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO
- [ ] 1. Indígena — ¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____
- [ ] 2. Gitano(a) o Rrom
- [ ] 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- [ ] 4. Palenquero(a) de San Basilio
- [ ] 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- [X] 6. Ningún grupo étnico

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Primer apellido: Sarmiento — Segundo apellido: Garcia — Primer nombre: Hernan — Segundo nombre: Dario

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
86042688

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
- [X] Médico
- [ ] Enfermero(a)
- [ ] Auxiliar de enfermería
- [ ] Promotor(a) de salud

REGISTRO PROFESIONAL
506199

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Departamento: Meta
Municipio: Villavicencio
2020 Año | 01 Mes | 12 Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Heman D. Sarmiento

Impreso en el GIT Taller de Ediciones del DANE. Forma DANE D-630 2019

FORMATO PARA PRESENTACIÓN DE DICTAMEN PERICIAL DE PARTE

Destinatario	**Juez Competente**
Tipo de dictamen	**Informe psicológico.**
Objeto del dictamen	**Evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y perjuicio moral por la muerte de la hija**
Paciente evaluado	**Francy Elena Rojas** **C.C. 1.148.205.130** **32 años de edad.**
Fecha de evaluación	**17 de febrero de 2020**
Solicitante de la evaluación	**Abogado Fredy Alejandro Ballén**
Profesional responsable de la evaluación	**Psicóloga Andrea González Rodríguez.** **C.C. 53.122.847** **T.P. 105500** **Tel: 3182969196** **correo electrónico: j.andrea.g@gmail.com**

METODOLOGÍA

Para la realización de la presente valoración psicológica se realizó entrevista presencial con el evaluado y se le aplicaron pruebas complementarias.

PRUEBAS APLICADAS:

1. TEST DE COLORES
2. TEST DE FRUSTRACIÓN
3. ENTREVISTA Y OBSERVACIÓN

ENTORNO FAMILIAR DEL EVALUADO

Actualmente Francy es una mujer de 32 años, vive en el municipio de Planas regional Meta, vive en casa en Alquiler con Luis Yovanny su pareja desde noviembre de 2017 en unión libre. Su único ingreso económico es un local que tienen allí mismo en la casa prestando servicio de toma de fotos y cabinas de internet. Los padres viven en Puerto Gaitán meta, en un resguardo indígena llamado UNUMA, manifiesta que tiene buena relación con sus padres y hermanos.

RESULTADOS

De acuerdo con la valoración psicológica realizada a la Sra. Francy y por el fallecimiento de su hija, se realizó una descripción de los hallazgos encontrados en la intervención y aplicación de pruebas.

Se muestra como una persona muy fuerte ante los demás miembros de la familia, por ser una persona que viene de una cultura indígena sus pensamientos y comportamientos se manejan de manera diferente y al tener de pareja a una persona “Blanca” como lo denominan en su comunidad, poder llevar a cabo las etapas de duelo se dificulta mucho más por sus creencias y pensamientos.

Francy se siente un poco tímida en el momento de la sesión para la aplicación de pruebas ya que siente que por no haber estudiado no lograra cumplir con las expectativas para poder desarrollar las pruebas y la entrevista psicológica. Se puede percibir que ella ha sido una persona que ha sufrido varias situaciones de pérdidas emocionales, una es dejar a su primera pareja por situaciones internas de relación y ahora la pérdida de su hija que era lo que mas anhelaba y era su razón de vivir ya que sería su primera hija. Ella vive de manera estable con su actual pareja, las etapas de duelo se muestran de manera diferente ya que con su grupo familiar trata de distraerse y realizar actividades para no recordar la pérdida de su hija, ella se muestra como una persona tolerante, responsable, amorosa. Desde que esté a su alcance trata de brindarles lo que más pueda, bien sea a nivel emotivo o económico.

Es una mujer que se le dificulta empezar a realizar una tarea, tomar decisiones, actualmente se siente con desaliento, abatida a nivel emocional, falta de ilusión, con mucha tristeza, resignación, tiene mucha falta de confianza en sí misma. Es una mujer que aparenta ser muy fuerte ante las personas externas pero en el momento en que empezamos a hablar sobre su núcleo familiar primario se desborda y deja ver lo mal que se encuentra a nivel emocional por lo que está pasando con la pérdida de su hija ya que siente que fueron vulnerados los derechos como comunidad indígena y la de su padre quien era la persona que la acompañaba en la ambulancia cuando se dirigían a Villavicencio. Es común que en la etapa de duelo se generen descargas de culpabilidades y revisión de cada etapa que pasó antes del suceso final, y una de las preguntas que se hace es "*por qué si el médico, enfermero y conductor sabían que yo tenia una urgencia y más vital, porque estamos hablando de un nacimiento de un bebe y más en el estado de alto riesgo en que estaba, paran en Puerto López a fumar y tomar tinto, se aprovecharon que yo solo me quejaba y mi papa por ser indígena casi no habla y no se supo defender*" es una manifestación de Francy durante el tiempo en que hacemos la intervención psicológica lo cual se evidencia que Francy está en una etapa de Duelo Activo que durará aproximadamente tres años ya que uno de sus mayores anhelos es ser madre y lamentablemente al tener su primer hijo este muere. Por tal motivo, ya tanto su esposo como las personas que conviven dentro del contexto de Francy y hasta ella misma es consciente que en momentos ingresa a etapas de depresión y/o ansiedad generalizada, incluso, este comportamiento ha desencadenado pérdida de redes sociales, amigos y familiares.

Por último, encontramos que Francy se halla angustiada por la hostilidad aparente del ambiente, se siente sometida a una intolerable presión, ella está en la búsqueda de poder lograr seguir con las etapas de duelo y poder brindarle el apoyo a su esposo y por eso asumió poder realizar esta evaluación y lograr hacer justicia ante las entidades que presuntamente no manejaron muy bien los procedimientos.

MARCO LEGAL

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 219 del C.P.A. y C.A. y lo contenido en el Art. 226 del Código General del Proceso, en mi calidad de profesional suscriptora del presente dictamen, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incursa en las causales de impedimento para actuar como perito

(art. 50 C.G.P) en el presente asunto y que acepto el régimen jurídico de responsabilidad como experto para rendir un dictamen pericial.

Reitero mi condición de psicóloga profesional de la Universidad Piloto de Colombia desde el año 2008, que tengo la experiencia e idoneidad para emitir el dictamen o informe de análisis psicológico de las personas evaluadas, el cual contiene mi concepto objetivo, imparcial, independiente y ajustado a mi real convicción profesional de la situación sometida a estudio directamente por esta servidora.

El dictamen rendido se fundamenta en pruebas científicas utilizadas comúnmente en el ejercicio de la psicología y específicamente por esta servidora en situaciones similares para evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

Los soportes originales de las pruebas realizadas reposan en mis archivos clínicos y los pondré a disposición del despacho cuando así lo requiera.

DICTAMENES PERICIALES RENDIDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS POR EL PROFESIONAL

1. **JUZGADO 34 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. - ROSALBA ROMERO DAZA** y Otros VS COOTRANSABASTOS y RAMIRO QUITIAN MARÍN. Rad. 110013103 034 **2014 00443** 00. Verbal responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

2. **JUZGADO 37 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** LUZ NIRIDA CABALLERO ALVARADO y Otros VS ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA – SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL, Rad 110013336 037 **2015 00119** 00. – Reparación Directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por violencia sexual contra menor.

3. **JUZGADO 31 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** LINA MARCELA ESPINILLA MANRIQUE y Otros VS NACION – MINDEFENSA – EJERCOL, Rad. 110013336 031 **2015 00306** 00- Reparación directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

4. **JUZGADO 3 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** ELVER ALONZO ESPITIA PEÑA Y OTROS VS C.I PRODYSER S.A. – Rad. 110013105 003 **2016 00059** 00. – Ord. Laboral. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por lesiones personales.

5. **JUZGADO 09 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** NADINA NICOLASA NAVARRO HERNANDEZ Y Otros VS FAMISANAR EPS, CLINICA COLSUBSIDIO, MEDICOS ASOCIADOS Y HOSPITAL SAN JOSE INFANTIL. Rad 110013103 009 **2015 00161** 00. Verbal responsabilidad civil. Objeto del

dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

6. **JUZGADO 31 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** JACKELINE ROMERO y Otros VS COOTRASPENSILVANIA y LUZ NELLY GARCIA PUERTO. Rad. 110013103 031 **2015 00570** 00. Verbal responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

7. **JUZGADO 37 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** LUZ ADRIANA RAMIREZ Y Otros VS SALUDCOOP EPS. Rad.110013103 037 **2015 00075** 00. Verbal de responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por lesiones personales.

8. **JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** MYRIAM PATRICIA BERMUDEZ Vs CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD y Otra. Rad. 110013103 002 **2016 00543** 00. Verbal de responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

9. **JUZGADO 19 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** ANTONIO MARIA LUCAS Y Otros Vs HOSPITAL SAN JOSE. Rad. 110013103 019 **2016 00761** 00**.** Verbal de responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido.

10. **JUZGADO 58 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** YEFERSON ANDRÉS SALAZAR PINZÓN Y OTROS Vs HOSPITAL MILITAR CENTRAL y Otro. Rad. 110013343 058 **2017 00179** 00, Reparación directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de capacidad laboral secundaria a presunta responsabilidad médica.

11. **JUZGADO 59 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** NORBERTO CARDENAS LISCANO Vs SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD y Otros. Rad. 110013343 059 **2017 00015** 00, Reparación directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido, secundaria a presunta responsabilidad médica.

12. **JUZGADO 31 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** ARGEMIRO ALDANA LAVAO y Otros Vs SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD y Otros. Rad. 110013343 031 **2017 00160** 00, Reparación directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido, secundaria a presunta responsabilidad médica.

13. **JUZGADO 10 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** IVAN HERNANDO SUAREZ VARGAS y Otros Vs BANCO DAVIVIENDA S.A. y Otro. Rad.

110013103 010 **2017 00645** 00, Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido en accidente de tránsito.

14. **JUZGADO 27 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** ELKIN LEONARDO RAMIREZ RUNSA y Otros Vs REPUBLICANA DE TRANSPORTES y Otro. Rad. 110013103 027 **2017 0240** 00, Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de capacidad laboral derivada de accidente de tránsito.

15. **JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE CIENAGA - MAGDALENA.** BETTY GARZÓN HUESO y Otros Vs COOTRACOSTA LTDA. y Otro. Rad. 471893103 002 **2017 00063** 00, Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido en accidente de tránsito.

El presente documento contiene una firma digital válida para todos los efectos legales conforme lo dispone la ley 527 de 1999, art. 28[1].

Cordialmente,



JENNY ANDREA GONZALEZ RODRIGUEZ
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA
C.C 53.122.847 de Bogotá D.C.
TP. 105500

[1] **ARTÍCULO 28**. *Atributos jurídicos de una firma digital.* Cuando una firma digital haya sido fijada en un mensaje de datos se presume que el suscriptor de aquella tenía la intención de acreditar ese mensaje de datos y de ser vinculado con el contenido del mismo.
PARAGRAFO. El uso de una firma digital tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita, si aquella incorpora los siguientes atributos:
1. Es única a la persona que la usa.
2. Es susceptible de ser verificada.
3. Está bajo el control exclusivo de la persona que la usa.
4. Está ligada a la información o mensaje, de tal manera que, si estos son cambiados, la firma digital es invalidada.
5. Está conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional.

FORMATO PARA PRESENTACIÓN DE DICTAMEN PERICIAL DE PARTE

Destinatario	**Juez Competente**
Tipo de dictamen	**Informe psicológico.**
Objeto del dictamen	**Evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y perjuicio moral por la muerte de la hija**
Paciente evaluado	**Luis Yiovanny Arevalo Mahecha** **C.C. 88.174.996** **47 años de edad.**
Fecha de evaluación	**17 de febrero de 2020**
Solicitante de la evaluación	**Abogado Fredy Alejandro Ballén**
Profesional responsable de la evaluación	**Psicóloga Andrea González Rodríguez.** **C.C. 53.122.847** **T.P. 105500** **Tel: 3182969196** **correo electrónico: j.andrea.g@gmail.com**

METODOLOGÍA

Para la realización de la presente valoración psicológica se realizó entrevista presencial con el evaluado y se le aplicaron pruebas complementarias.

PRUEBAS APLICADAS:

1. TEST DE COLORES
2. TEST DE FRUSTRACIÓN
3. ENTREVISTA Y OBSERVACIÓN

ENTORNO FAMILIAR DEL EVALUADO

Actualmente Luis Yiovanny vive en unión libre con Francy hace más de 2 años, viven en una casa en alquiler en el municipio de planas regional Meta. Los ingresos que tiene son de un local que tienen ahí mismo en la casa donde prestan servicio de toma de fotos y alquiler de cabinas de internet. Con Francy esperaban su primera hija de la relación, ya que de dos relaciones pasadas tiene 4 hijos, tres hijos con su primera pareja y una con su segunda pareja.

RESULTADOS

De acuerdo con la valoración psicológica realizada al Sr. Luis y por el fallecimiento de su hija, se realizó una descripción de los hallazgos encontrados en la intervención y aplicación de pruebas.

Teniendo en cuenta la entrevista realizada y la aplicación de pruebas podemos evidenciar que el Sr. Luis en la actualidad tiene muchos anhelos, apremio de lograr éxito, de alcanzar algunos triunfos y conseguir experiencia plena y de acuerdo a esto podemos concluir que su mayor objetivo es el lograr tener equilibrio emocional y lo quería lograr a un 100% con el nacimiento de su hija fallecida ya

que a pesar que tiene 4 hijos no ha logrado poder vivir intensamente el rol de figura paterna y su mayor anhelo era lograrlo con la hija que había concebido con Francy, él lo que más desea en este momento es apoyo por parte de toda su familia para poder lograr una buena estabilidad económica su contenido emocional es el deseo y se manifiesta orgánicamente en el sistema muscular estriado (Voluntario), de tal manera el individuo quiere que sus propias actividades le proporcionen intensidad experiencial y plenitud vital, lo cual señala que es una persona que le gusta ser líder y ser muy fiel a sus pensamientos y a su pareja, esta pasando por su etapa de duelo pero al pertenecer a otra raza y no de comunidad indígena vive su duelo de otra manera y no entiende porque el comportamiento de su suegro al no exigirle a la tripulación de la ambulancia que no se detuvieran si no que estaban en emergencia.

Él es una persona que necesita sentir que los acontecimientos se desarrollan según las líneas previstas, mantiene su actitud crítica y rechaza ser arrastrado por el magnetismo de alguien, a menos que se le garantice genuinidad e integridad, conserva, por lo tanto, un control estricto de todos sus movimientos. Se esfuerza por lograr relaciones sinceras, fundadas en la mutua confianza y comprensión. Desea actuar sólo en conformidad con sus propias convicciones.

Se evidencia que Luis aparte de estar viviendo las primeras etapas de duelo, se encuentra muy preocupado por el cambio de comportamiento que tiene su esposa por momentos, escenas de depresión y ansiedad, en ocasiones lo culpa a él por todo lo que pasó, es entendible ya que cuando se sufre una perdida importante, como la muerte de un hijo, se interrumpe el proyecto de vida que se tenia como familia, ya que sienten que no pueden seguir porque falta un protagonista importante.

Luis en su nivel personal se siente un poco frustrado por los diferentes factores que le han pasado por la pérdida de su hija, a pesar que actualmente se muestra como una persona seria y fuerte, internamente lleva el dolor y el duelo, se evidencia que es una persona muy ansiosa, suele ser independiente con grupo social limitado, gracias a la personalidad que tiene el Sr. Luis siempre busca factores externos para poder llegar a su autorrealización y lograr que sus familiares se sientan satisfechos con lo que él les puede brindar, en este caso con las personas que componen su grupo familiar, en su nivel neuropsicológico y mental el individuo demuestra ser una persona normal que maneja muy bien sus esquemas mentales. Pero de igual forma esta viviendo un duelo activo y por la perdida de su hija puede que dure varios años en pasar ese dolor que sienten actualmente llegando a causar un desequilibrio emocional con la pareja.

Se recomienda que realice terapia de pareja por el duelo de la perdida de su hija.

MARCO LEGAL

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 219 del C.P.A. y C.A. y lo contenido en el Art. 226 del Código General del Proceso, en mi calidad de profesional suscriptora del presente dictamen, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incursa en las causales de impedimento para actuar como perito (art. 50 C.G.P) en el presente asunto y que acepto el régimen jurídico de responsabilidad como experto para rendir un dictamen pericial.

Reitero mi condición de psicóloga profesional de la Universidad Piloto de Colombia desde el año 2008, que tengo la experiencia e idoneidad para emitir el dictamen o informe de análisis psicológico de las personas evaluadas, el cual contiene mi concepto objetivo, imparcial, independiente y ajustado a mi real convicción profesional de la situación sometida a estudio directamente por esta servidora.

El dictamen rendido se fundamenta en pruebas científicas utilizadas comúnmente en el ejercicio de la psicología y específicamente por esta servidora en situaciones similares para evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

Los soportes originales de las pruebas realizadas reposan en mis archivos clínicos y los pondré a disposición del despacho cuando así lo requiera.

DICTAMENES PERICIALES RENDIDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS POR EL PROFESIONAL

1. **JUZGADO 34 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. - ROSALBA ROMERO DAZA** y Otros VS COOTRANSABASTOS y RAMIRO QUITIAN MARÍN. Rad. 110013103 034 **2014 00443** 00. Verbal responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

2. **JUZGADO 37 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** LUZ NIRIDA CABALLERO ALVARADO y Otros VS ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA – SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL, Rad 110013336 037 **2015 00119** 00. – Reparación Directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por violencia sexual contra menor.

3. **JUZGADO 31 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** LINA MARCELA ESPINILLA MANRIQUE y Otros VS NACION – MINDEFENSA – EJERCOL, Rad. 110013336 031 **2015 00306** 00- Reparación directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

4. **JUZGADO 3 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** ELVER ALONZO ESPITIA PEÑA Y OTROS VS C.I PRODYSER S.A. – Rad. 110013105 003 **2016 00059** 00. – Ord. Laboral. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por lesiones personales.

5. **JUZGADO 09 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** NADINA NICOLASA NAVARRO HERNANDEZ Y Otros VS FAMISANAR EPS, CLINICA COLSUBSIDIO, MEDICOS ASOCIADOS Y HOSPITAL SAN JOSE INFANTIL. Rad 110013103 009 **2015 00161** 00. Verbal responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

6. **JUZGADO 31 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** JACKELINE ROMERO y Otros VS COOTRASPENSILVANIA y LUZ NELLY GARCIA PUERTO. Rad. 110013103 031 **2015 00570** 00. Verbal responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

7. **JUZGADO 37 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** LUZ ADRIANA RAMIREZ Y Otros VS SALUDCOOP EPS. Rad.110013103 037 **2015 00075** 00. Verbal de responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por lesiones personales.

8. **JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. -** MYRIAM PATRICIA BERMUDEZ Vs CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD y Otra. Rad. 110013103 002 **2016 00543** 00. Verbal de responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial ante la pérdida de un ser querido.

9. **JUZGADO 19 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** ANTONIO MARIA LUCAS Y Otros Vs HOSPITAL SAN JOSE. Rad. 110013103 019 **2016 00761** 00**.** Verbal de responsabilidad civil. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido.

10. **JUZGADO 58 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** YEFERSON ANDRÉS SALAZAR PINZÓN Y OTROS Vs HOSPITAL MILITAR CENTRAL y Otro. Rad. 110013343 058 **2017 00179** 00, Reparación directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de capacidad laboral secundaria a presunta responsabilidad médica.

11. **JUZGADO 59 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** NORBERTO CARDENAS LISCANO Vs SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD y Otros. Rad. 110013343 059 **2017 00015** 00, Reparación directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido, secundaria a presunta responsabilidad médica.

12. **JUZGADO 31 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** ARGEMIRO ALDANA LAVAO y Otros Vs SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD y Otros. Rad. 110013343 031 **2017 00160** 00, Reparación directa. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido, secundaria a presunta responsabilidad médica.

13. **JUZGADO 10 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** IVAN HERNANDO SUAREZ VARGAS y Otros Vs BANCO DAVIVIENDA S.A. y Otro. Rad. 110013103 010 **2017 00645** 00, Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido en accidente de tránsito.

14. **JUZGADO 27 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.** ELKIN LEONARDO RAMIREZ RUNSA y Otros Vs REPUBLICANA DE TRANSPORTES y Otro. Rad. 110013103 027 **2017 0240** 00, Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de capacidad laboral derivada de accidente de tránsito.

15. **JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE CIENAGA - MAGDALENA.** BETTY GARZÓN HUESO y Otros Vs COOTRACOSTA LTDA. y Otro. Rad. 471893103 002 **2017 00063** 00, Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual. Objeto del dictamen: evaluar e identificar posibles desencadenantes psicológicos, emocionales y en general, perjuicios de orden inmaterial por la pérdida de un ser querido en accidente de tránsito.

El presente documento contiene una firma digital válida para todos los efectos legales conforme lo dispone la ley 527 de 1999, art. 28[1].

Cordialmente,



JENNY ANDREA GONZALEZ RODRIGUEZ
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA
C.C 53.122.847 de Bogotá D.C.
TP. 105500

[1] **ARTÍCULO 28**. *Atributos jurídicos de una firma digital.* Cuando una firma digital haya sido fijada en un mensaje de datos se presume que el suscriptor de aquella tenía la intención de acreditar ese mensaje de datos y de ser vinculado con el contenido del mismo.
PARAGRAFO. El uso de una firma digital tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita, si aquella incorpora los siguientes atributos:

1. Es única a la persona que la usa.
2. Es susceptible de ser verificada.
3. Está bajo el control exclusivo de la persona que la usa.
4. Está ligada a la información o mensaje, de tal manera que, si estos son cambiados, la firma digital es invalidada.
5. Está conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional.

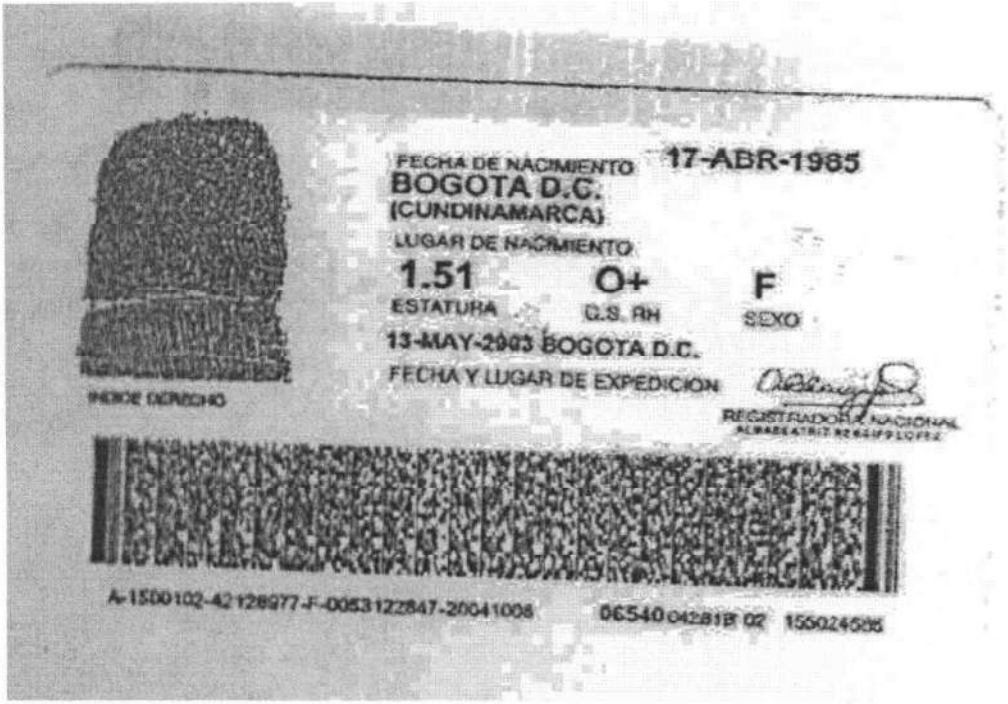


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
53.122.847

GONZALEZ RODRIGUEZ

JENNY ANDREA

Andrea Gonzalez



FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-MAY-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500102-42128977-F-0053122847-20041008 06540 04281B 02 1550245

Colegio Colombiano
de Psicólogos

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090

Registro N° 105500

JENNY ANDREA GONZALEZ RODRIGUEZ

c.c. 53.122.847

La presente Tarjeta Profesional de Psicólogo se expide en consonancia con lo dispuesto por los Articulos 6° y 12° de la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 y es requisito para ejercer la profesión de psicólogo en la República de Colombia

ENLACE DOS
IPS A.L.E. Especialista
Tels: 683 3910 - 683 3911 - 683 3912
E-mail: enlacedosips@gmail.com
CRA 39 N° 33A - 40 Barrio Barzal
Villavicencio - Meta

NOMBRE: FRANCY ELENA ROJAS
EDAD: 32 AÑOS
DOCUMENTO: 1148205130
ENTIDAD: MALLAMAS
FUR: INCIERTA
FECHA: 22/07/2019

ECOGRAFIA OBSTETRICA I TRIMESTRE

FETO UNICO, SITUACION TRANSVERSA, DORSO INFERIOR DERECHO, DBP: 21 MM. CC: 72 MM. CA: 61 MM. LF: 8 MM. LIQUIDO EN CANTIDAD SUFICIENTE. ACTIVIDAD CARDIACA PRESENTE (158). ESTOMAGO Y VEJIGA VISTOS. PLACENTA FUNDICA GRADO 0/III. INTESTINO GRADO 0/IV. EDAD BIOMÉTRICA: 13 SEMANAS. PESO 60 GRAMOS. HUESO NASAL PRESENTE. T. NUCAL: 10 MM. TALLA: 10 CM

CONCLUSIÓN:

1._ EMBARAZO DE 13 SEMANAS POR BMF (FPP 27/01/2020)

2._ SITUACION TRANSVERSA.

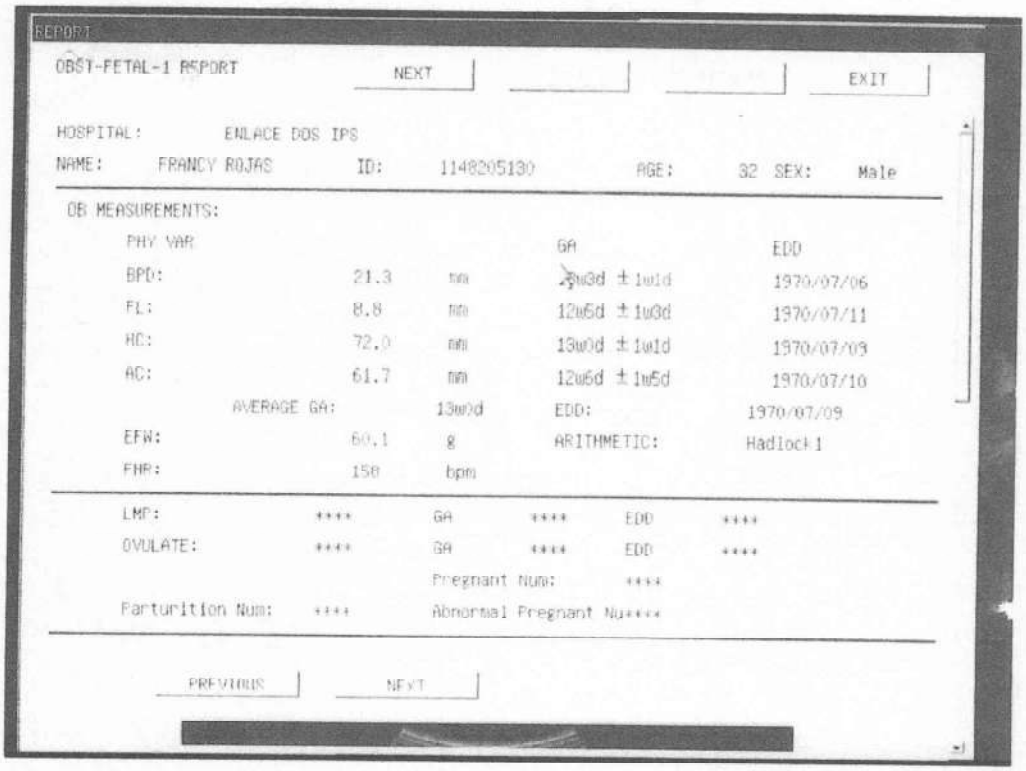
3._ BIENESTAR FETAL CONSERVADO.

EN AUSENCIA DE MARCADORES ECOGRAFICOS EL ULTRASONIDO POSEE MUY POCA SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA PARA ALTERACIONES CROMOSOMICAS Y LA INTEGRIDAD ANATOMICA DEL FETO NO EXCLUYE LA EXISTENCIA ALGUNA DE ELLAS.

ESTUDIO REALIZADO POR:

Dr. Edmundo A. Herrera L.
Especialista en Obstetricia y Ginecología
C.N.C. 600137

EDMUNDO HERRERA LINARES
MEDICO OBSTETRA Y GINECÓLOGO
REGISTRO MEDICO 600137


REPORT
OBST-FETAL-1 REPORT
NEXT
EXIT
HOSPITAL: ENLACE DOS IPS
NAME: FRANCY ROJAS ID: 1148205130 AGE: 32 SEX: Male
OB MEASUREMENTS:
PHY VAR GA EDD
BPD: 21.3 mm 12w3d ± 1w1d 1970/07/06
FL: 8.8 mm 12w5d ± 1w3d 1970/07/11
HC: 72.0 mm 13w0d ± 1w1d 1970/07/09
AC: 61.7 mm 12w6d ± 1w5d 1970/07/10
AVERAGE GA: 13w0d EDD: 1970/07/09
EFW: 60.1 g ARITHMETIC: Hadlock-1
FHR: 150 bpm
LMP: **** GA **** EDD ****
OVULATE: **** GA **** EDD ****
Pregnant Num: ****
Parturition Num: **** Abnormal Pregnant Nu****
PREVIOUS
NEXT


LANDWIND
ENLACE DOS IPS
OB
1# C5-1DN
2# R6V 3.5MHz
M105.0 - 4
STATUS BAR
OBST-FND1
EDD: 1970/07/11
1 RUN
2 OB
3 OB(M)
4 OB(C)
5 PARTIAL
6 PMI

ENLACE-DOS S.A.S
900,541,158

Imprime:DMDA 2019/08/22 10:42 FOLIO 06000007

RESOLUCION NUMERO 00004331 19 DIC DE 2012

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2019/08/22 Hora: 10:40

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: ENLACE-DOS S.A.S NIT [X] 0900541158

Codigo: 50001090054115801 Direccion prestador: CARRERA 39 N 33A-40

Telefono: indicativo 098 numero 6833910 Departamento: VILLAVICENCIO Municipio: VILLAVICENCIO

DATOS DEL PACIENTE

ROJAS FRANCY ELENA

Tipo Documento de Identificacion

[ ] Registro Civil	[ ] Pasaporte	[ ] Salvo Conducto	1,148,205,130		
[ ] Tarjeta de Identidad	[ ] Adulto sin Identificacion	[ ] Permiso Especial Perman.	Numero documento de identificacion		
[X] Cedula de ciudadania	[ ] Menor sin Identificacion	[ ] Certificado Nacido Vivo.			
[ ] Cedula de extranjeria	[ ] Carnet Diplomatico	[ ] Numero Unico Ident.	Fecha de Nacimiento 1987/05/23	Edad A032	

Direccion de Residencia Habitual: RESGUARDO EL TIGRE Telefono: 3183010117

Departamento: PUERTO GAITAN Municipio: PUERTO GAITAN

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: E.P.S. INDIGENA MALLAMAS CODIGO:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE. ACOMPAÑANTE

ROJAS FRANCY ELENA

Tipo Documento de Identificacion

[ ] Registro Civil	[ ] Pasaporte	[ ] Salvo Conducto	1,148,205,130		
[ ] Tarjeta de Identidad	[ ] Adulto sin Identificacion	[ ] Permiso Especial Perman.	Numero documento de identificacion		
[X] Cedula de ciudadania	[ ] Menor sin Identificacion	[ ] Certificado Nacido Vivo.			
[ ] Cedula de extranjeria	[ ] Carnet Diplomatico	[ ] Numero Unico Ident.			

Direccion de Residencia Habitual: RESGUARDO EL TIGRE Telefono: 3183010117

Departamento: META Municipio: PUERTO GAITAN

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: DEVIA ALVAREZ DANIEL MAURICIO Telefono: 6833910

indicativo numero

Servicio que solicita la referencia PROMOCION Y PREVENCION

Servicio para el cual se solicita la referencia NUTRICION CLINICA

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

PACIENTE PRIMIGESTANTE. CURSA CON EMBARAZO DE 17.3 SEMANAS DE GESTACI6N POR ECO TEMPRANA DEL 22 /07/2019 CON 13 SEMANAS. FUM INCIERTA, FPP 27/01/2020. PACIENTE QUIEN CONSULTA PARA CONTINUAR 2DO CONTROL PRENATAL, ADECUADA INGESTA DE MICRONUTRIENTES, TIENE PENDIENTE REALIZACI6 N DE UROCULTIVO POR UROANALISIS CON PERSISTENCIA DE SIGNOS DE INFECCI6N PESE A TRATAMIENTO . NIEGA HOSPITALIZACIONES PREVIAS, NIEGA NAUSEAS O V6MITOS, NIEGA PERDIDAS VAGINAL COMO SANGRE O LIQUIDO, NO REFIERE CAMBIOS EN EL FLUJO VAGINAL, NI
EGA FIEBRE Y SBNTOMAS URINARIOS, CEFALEA OCACIONAL NO INTENSO, NIEGA TINITUS O FOSFENOS, NO REF IERE EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, MANOS O CARA. YA REFIERE PERCEPCI6N DE MOVIMIENTOS FETALES.
IDX
EMBARZO DE 17.3 SEMANAS POR ECO
FPP 27/01/2020
FETO UNICO VIVO
AU ADECUADA PARA EDAD GESTACIONAL
GANANCIA DE PESO ADECUADO PARA EG
CIFRAS TENSIONALES QUE SE HAN MANTENIDO DENTRO DE PARAMETROS ADECUADOS
PLAN DE MANEJO
SE DILIGENCIA CLAP MANUAL EN CARPETA DE GESTANTE
PACIENTE PRIMIGESTANTE, EMBARAZO DE 17.3 SEMANAS DE GESTACI6N POR ECO TEMPRANA, QUIEN CONSULTA PARA CONTINUAR CON EL CONTROL PRENATAL, SE ENCUENTRA EL EXAMEN FBSICO DENTRO DE PARmMETROS DE NORMALIDAD, POR LO CUAL SE SOLICITAN PARACLBNICOS DE PROTOCOLO, SE CONTINUA TRATAMIENTO CON MIC RONUTRIENTES, SE DAN RECOMENDACIONES, SBNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR, PACIENTE RE FIERE ENTENDER CLARAMENTE TODAS LAS INDICACIONES DADAS DURANTE LA CONSULTA.

ATENDIDO POR: DEVIA ALVAREZ DANIEL MAURICIO Reg. 1019084222

CIE10: Z359

	ENLACE-DOS S.A.S	COD.	F-E-O-04-F1
		VERSION	01
	SOLICITUD DE REFERENCIA	FECHA	14 - feb - 12
		Pag. 1	

PRIORITARIA	URGENTE	VITAL	FECHA SOLICITUD			
			DIA	MES	AÑO	HORA SOLICITUD
X			22	08	2019	10 : 41

TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

Diagnostico: Tratamiento: Valoracion Externa: Manejo Integral: X

ESPECIALIDAD

450 NUTRICION CLINICA
344 PSICOLOGIA

NOMBRES Y APELLIDS DEL USUARIO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	ASEGURADORA
FRANCY ELENA ROJAS	1,148,205,130	F	000	E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

PROFESIONAL QUE SOLICITA REFERENCIA	MEDICO TRATANTE
DEVIA ALVAREZ DANIEL MAURICIO	DEVIA ALVAREZ DANIEL MAURICIO

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE PRIMIGESTANTE. CURSA CON EMBARAZO DE 17.3 SEMANAS DE GESTACI6N POR ECO TEMPRANA DEL 22 /07/2019 CON 13 SEMANAS. FUM INCIERTA, FPP 27/01/2020. PACIENTE QUIEN CONSULTA PARA CONTINUAR 2DO CONTROL PRENATAL, ADECUADA INGESTA DE MICRONUTRIENTES, TIENE PENDIENTE REALIZACI6 N DE UROCULTIVO POR UROANALISIS CON PERSISTENCIA DE SIGNOS DE INFECCI6N PESE A TRATAMIENTO . NIEGA HOSPITALIZACIONES PREVIAS, NIEGA NAUSEAS O V6MITOS, NIEGA PERDIDAS VAGINAL COMO SANGRE O LIQUIDO, NO REFIERE CAMBIOS EN EL FLUJO VAGINAL, NI
EGA FIEBRE Y SBNTOMAS URINARIOS, CEFALEA OCACIONAL NO INTENSO, NIEGA TINITUS O FOSFENOS, NO REF IERE EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, MANOS O CARA. YA REFIERE PERCEPCI6N DE MOVIMIENTOS FETALES.
IDX
EMBARZO DE 17.3 SEMANAS POR ECO
FPP 27/01/2020
FETO UNICO VIVO
AU ADECUADA PARA EDAD GESTACIONAL
GANANCIA DE PESO ADECUADO PARA EG
CIFRAS TENSIONALES QUE SE HAN MANTENIDO DENTRO DE PARAMETROS ADECUADOS
PLAN DE MANEJO
SE DILIGENCIA CLAP MANUAL EN CARPETA DE GESTANTE
PACIENTE PRIMIGESTANTE, EMBARAZO DE 17.3 SEMANAS DE GESTACI6N POR ECO TEMPRANA, QUIEN CONSULTA PARA CONTINUAR CON EL CONTROL PRENATAL, SE ENCUENTRA EL EXAMEN FBSICO DENTRO DE PARmMETROS DE NORMALIDAD. POR LO CUAL SE SOLICITAN PARACLBNICOS DE PROTOCOLO. SE CONTINUA TRATAMIENTO CON MIC RONUTRIENTES, SE DAN RECOMENDACIONES, SBNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR, PACIENTE RE FIERE ENTENDER CLARAMENTE TODAS LAS INDICACIONES DADAS DURANTE LA CONSULTA.

DIAGNOSTICOS	MOTIVO DE LA REMISION
Z359	VALORACISN DE GESTANTE

Daniel Mauricio Devia A.
C.C. 1.019.084.222
E.L.A.M

Medico Soliciante : DEVIA ALVAREZ DANIEL MAURICIO
Id: 1019084222
Reg. Medico: 1019084222

ENLACE-DOS
IPS de los Especialistas

Tels: 683 3910 - 683 3911 - 683 3912
E-mail: enlacedosips@gmail.com
CRA 39 N° 33A - 40 Barrio Barzal
Villavicencio - Meta

NOMBRE: ROJAS FRANCY ELENA
EDAD: 32 AÑOS
DOCUMENTO: 1148205130
ENTIDAD: MALLAMAS
FUR: INCIERTA
FECHA: 08/10/2019

ECOGRAFIA OBSTETRICA

FETO UNICO, LONGITUDINAL, CEFALICO, DORSO IZQUIERDO POSTERIOR, DBP: 58 MM. CC: 204 MM. CA: 183 MM. LF: 41 MM. LIQUIDO EN CANTIDAD SUFICIENTE (10 MM). ROSTRO SIN FISURAS. CORDON UMBILICAL CON 3 ELEMENTOS VASCULARES. COLUMNA VERTEBRAL INDEMNE. ACTIVIDAD CARDIACA PRESENTE (154). ESTOMAGO Y VEJIGA VISTOS. PLACENTA FUNDICA GRADO 0/III. INTESTINO GRADO 0/IV. EDAD BIOMÉTRICA: 23 SEMANAS MAS 1 DIA. PESO 593 GRAMOS. SEXO FEMENINO. TALLA: 30 CM.

CONCLUSIÓN:

1._ EMBARAZO DE 24 SEMANAS MAS 1 DIA POR BMF (FPP 27/01/2020)

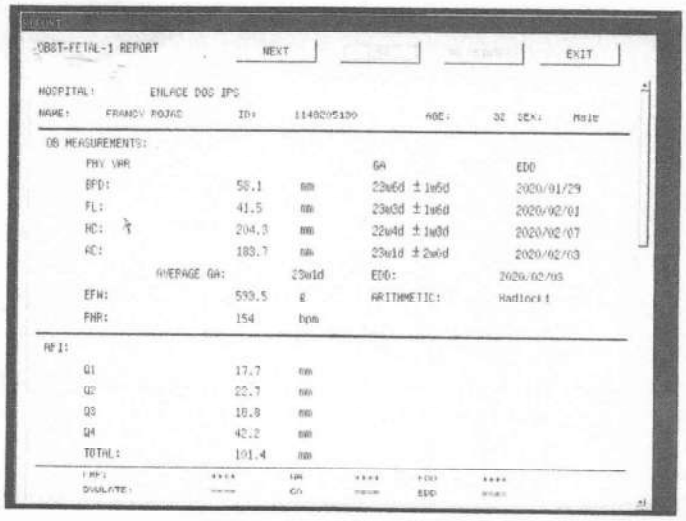
2._ BIENESTAR FETAL CONSERVADO

ESTUDIO REALIZADO POR

Dr. Edmundo A. Herrera L.
Especialista en Obstetricia y Ginecología
C.M.C. 600137

EDMUNDO HERRERA LINARES
MEDICO OBSTETRA Y GINECÓLOGO
REGISTRO MEDICO 600137

EN AUSENCIA DE MARCADORES ECOGRAFICOS EL ULTRASONIDO POSEE MUY POCA SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA PARA ALTERACIONES CROMOSOMICAS Y LA INTEGRIDAD ANATOMICA DEL FETO NO EXCLUYE LA EXISTENCIA ALGUNA DE ELLAS.



OBST-FETAL-1 REPORT

NEXT EXIT

HOSPITAL: ENLACE DOS IPS

NAME: FRANCY ROJAS ID: 1140205190 AGE: 32 SEX: Male

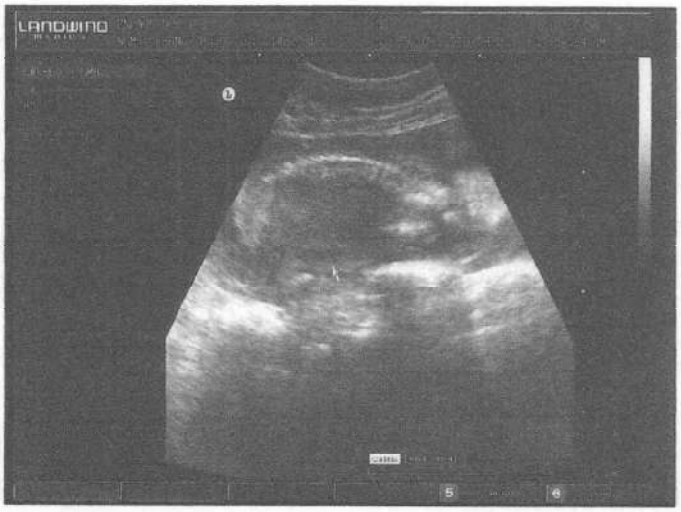
OB MEASUREMENTS:

	PHY VAR		GA	EDD
BPD:	58.1	mm	23w6d ± 1w5d	2020/01/29
FL:	41.5	mm	23w0d ± 1w6d	2020/02/01
HC:	204.3	mm	22w4d ± 1w0d	2020/02/07
AC:	183.7	mm	23w1d ± 2w0d	2020/02/03
AVERAGE GA:	23w1d		EDD:	2020/02/05
EFW:	599.5	g	ARITHMETIC:	Hadlock 1
FHR:	154	bpm		

AFI:

Q1	17.7	cm
Q2	22.7	cm
Q3	18.8	cm
Q4	42.2	cm
TOTAL:	101.4	cm





REPUBLICA DE COLOMBIA
MUNICIPIO DE PUERTO GAITAN
RESGUARDO DOMO PLANAS
Resolución N° 003 - 1991



EL CAPITAN MAYOR DEL RESGUARDO INDIGENA DOMO PLANAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITAN META

CERTIFICA:

Que el (la) Señor(a) **FRANCY ELENA ROJAS** Identificado (a) con cédula de Ciudadanía Número **1.148.205.130** expedida en **CUMARIBO - VICHADA** es **INDÍGENA DE LA COMUNIDAD LEJANIAS** del **RESGUARDO INDÍGENA DOMO PLANAS** de acuerdo con el censo vigente, presentado por el Capitán Mayor y registrado ante el ministerio del interior y la Alcaldía Municipal de Puerto Gaitán.

Se solicita a las autoridades militares, civiles y eclesiásticas brindar la colaboración necesaria como se establece en el **Artículo 246** de la Constitución Política de Colombia, en desarrollo de la **jurisdicción especial indígena**.

La presente Certificación se expide en la ciudad de Puerto Gaitán - Meta **RESGUARDO DOMO PLANAS** el día **CINCO** (05) de **FEBRERO** de **2020**.

En constancia se Firma:

Henry Gaitán Rincon
Cabildo Gobernador
Resguardo. DOMO PLANAS
C c. N° 1124821576

Henry Gaitan Rincon

HENRY GAITÁN RINCÓN
C.C.1.124.821.576 expedida en Puerto Gaitán - Meta
Capitán Mayor Resguardo DOMO PLANAS
Celular: 315.626 4082

LA UNIDAD DE UN PUEBLO NOS TRAERÁ EL DESARROLLO
PEYA EWETSINÜ DAJITA

NOTARIA
ÚNICA DEL CÍRCULO DE PUERTO GAITÁN

ACTA DE RECEPCION DE DECLARACION EXTRAJUICIO

En el Municipio de Puerto Gaitán, Departamento del Meta, República de Colombia, siendo hoy jueves (06) del mes de febrero del año dos mil veinte (2.020), ante mi **SANDRA IVET GARCIA VERA,** Notaria Único del círculo de Puerto Gaitán (Meta), Compareció: **FRANCY ELENA ROJAS,** mayor de edad, Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía número 1.148.205.130 expedida en Cumaribo, de estado civil SOLTERA CON UNIÓN MARITAL DE HECHO, Ocupación o Profesión; comerciante, Residente; vereda planas del Municipio de Puerto Gaitán (Meta), teléfono: 3183010117.

PRIMERO: Me llamo **FRANCY ELENA ROJAS** y mis generales de ley son los ya expresados.

SEGUNDO: De manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad rindo la presente declaración.

MANIFIESTO: Que desde el día 15 de noviembre del año 2017, convivo en unión marital de hecho, compartiendo techo, lecho y mesa de forma continua e ininterrumpida con el señor **LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía numero 88.174.996 expedida en Tibu Norte de Santander.

Esta declaración la hago de manera clara, expresa y voluntaria y la puedo ratificar ante el funcionario o la instancia que así lo requiera.

TERCERO: Que como declarante no tengo ninguna clase de impedimento legal o moral para rendir esta declaración, la cual presto bajo mi única y entera responsabilidad.

CUARTO: Que la declaración aquí rendida bajo juramento, versa sobre hechos de los cuales doy plena fe y testimonio en razón de que me consta personalmente.

QUINTO: Esta Declaración la rindo con el fin extraprocesal de aportarla como prueba sumaria a ésta y los fines legales pertinentes, para ser presentada al **INTERESADO.**

SEXTO: Los declarantes insistieron en el otorgamiento de la presente declaración a pesar de la lectura que personalmente se le hizo del artículo 25 de la Ley 962

NOTARIA
ÚNICA DEL CÍRCULO DE PUERTO GAITÁN

ACTA DE RECEPCION DE DECLARACION EXTRAJUICIO

En el Municipio de Puerto Gaitán, Departamento del Meta, República de Colombia, siendo hoy jueves (06) del mes de febrero del año dos mil veinte 2.020 ante mí **SANDRA IVET GARCIA VERA** Notaria Única del círculo de Puerto Gaitán. Comparecieron: **FLOR GARCÍA LEON,** mayor de edad, identificado (a) con la cedula de ciudadanía número 1.124.820.811 expedida en Cumaribo Vichada, de estado civil soltera con unión marital de hecho, de ocupación o Profesión: oficios varios, Residente La Bendición, del municipio de Puerto Gaitán, departamento del (Meta), Teléfono: 3148089859 y **MIGUEL GAITAN,** mayor de edad, identificado (a) con la cedula de ciudadanía número 17.245.061 expedida en Puerto López (Meta), de estado civil soltero con unión marital de hecho, de ocupación o profesión Autoridad indígena del resguardo Unama del Municipio de Puerto Gaitán (Meta), Residente Unuma del municipio de Puerto Gaitán, departamento del Meta, Teléfono: 3203975539.

PRIMERO: Nos llamamos **FLOR GARCÍA LEON** y **MIGUEL GAITAN** nuestros generales del ley son los ya expresados.

SEGUNDO: De manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad rindo la presente declaración.

MANIFESTAMOS: Que desde hace siete (07) años y veinticinco (25) años, conocemos a la señor **FRANCY ELENA ROJAS,** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía numero 1.148.205.130 expedida en Cumaribo (Vichada), en razón de ser vecinos y amigos de sus padres en la comunidad indígena San Vicente del municipio de Cumaribo (Vichada), por lo tanto nos consta que el día quince (15) de noviembre del 2017, inicio una unión marital de hecho, con el señor **LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía numero 88.174.996 expedida en Tibu, donde comparte, techo, lecho y mesa de forma continua e ininterrumpida.

Esta declaración la hago de manera clara, expresa y voluntaria y la puedo ratificar ante el funcionario o la instancia que así lo requiera.

TERCERO: Que como declarante no tengo ninguna clase de impedimento legal o moral para rendir esta declaración, la cual presto bajo mi única y entera responsabilidad.

NOTARIA
ÚNICA DEL CÍRCULO DE PUERTO GAITÁN

La Notaria,

SANDRA IVET GARCIA VERA
NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE PUERTO GAITAN (META)

Calle 14 5 38 Barrio Popular
Celular 310 2458149 Puerto Gaitán - Meta

NOTARIA
ÚNICA DEL CÍRCULO DE PUERTO GAITÁN

ACTA DE RECEPCION DE DECLARACION EXTRAJUICIO

En el Municipio de Puerto Gaitán, Departamento del Meta, República de Colombia, siendo hoy jueves (06) del mes de febrero del año dos mil veinte 2.020 ante mí **SANDRA IVET GARCIA VERA** Notaria Única del círculo de Puerto Gaitán. Comparecieron: **FLOR GARCÍA LEON,** mayor de edad, identificado (a) con la cedula de ciudadanía número 1.124.820.811 expedida en Cumaribo Vichada, de estado civil soltera con unión marital de hecho, de ocupación o Profesión: oficios varios, Residente La Bendición, del municipio de Puerto Gaitán, departamento del (Meta), Teléfono: 3148089859 y **MIGUEL GAITAN,** mayor de edad, identificado (a) con la cedula de ciudadanía número 17.245.061 expedida en Puerto López (Meta), de estado civil soltero con unión marital de hecho, de ocupación o profesión Autoridad indígena del resguardo Unama del Municipio de Puerto Gaitán (Meta), Residente Unuma del municipio de Puerto Gaitán, departamento del Meta, Teléfono: 3203975539.

PRIMERO: Nos llamamos **FLOR GARCÍA LEON** y **MIGUEL GAITAN** nuestros generales del ley son los ya expresados.

SEGUNDO: De manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad rindo la presente declaración.

MANIFESTAMOS: Que conocemos de trato, vista y comunicación personal al señor **EDUARDO CHIPIAJE AMAYA**, mayor de edad identificado con la cedula de ciudadanía numero 6.847.823 expedida en Cumaribo (Vichada), de razón de ser amigos de la comunidad indígena San Vicente del municipio de Cumaribo (Vichada), quien convive en unión marital de hecho desde hace veintinueve (29) años con la señora **ELVIA ROJAS GARCIA**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía numero 30.217.673 expedida en Cumaribo (Vichada), quien ya tenía una hija llamada **FRANCY ELENA ROJAS**, identificada con la cedula de ciudadanía numero 1.148.205.130 expedida en Cumaribo (Vichada). Por lo tanto nos consta que el señor **EDUARDO CHIPIAJE AMAYA**, ha sido padre de crianza de **FRANCY ELENA ROJAS**, desde que ella tenía cuatro (04) años.

Esta declaración la hago de manera clara, expresa y voluntaria y la puedo ratificar ante el funcionario o la instancia que así lo requiera.

NOTARIA
ÚNICA DEL CÍRCULO DE PUERTO GAITÁN

La Notaria,

SANDRA IVET GARCIA VERA
NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE PUERTO GAITAN (META)

Calle 14 5 38 Barrio Popular
Celular 310 2458149 Puerto Gaitán - Meta

92

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43486851

43486851

NUIP 1.148.205.130

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 1 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CUMARIBO - COLOMBIA - VICHADA - CUMARIBO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROJAS	

Nombre(s)

FRANCY ELENA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 1987 Mes MAY Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA VICHADA CUMARIBO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
TESTIGOS	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS GARCIA ELVIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 30.217.673	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GALINDO HERNANDEZ HENRY ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 18.250.973	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

USECHE TORRES ALVARO ALEJANDRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.065.537	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

GOMEZ PEÑA JALBERT

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.124.993.481	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes DIC Día 16	OSCAR MEDINA CUENTES - REGISTRA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-8 TEL: 4300100

ORDINALE... 01 FEBRERO 02 MARZO 03 ABR... 05 JUNIO 06 JULIO ... AGO 09 OCTUBRE 10 NOV 11 DIC. LOS MESES ... SEPT.

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

10210998

IDENTIFICACION No.
(1) Parte básica: 72 0617 | (2) Parte compl.:

OFICINA REGISTRO CIVIL
(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): Notaria Segunda. - - -
(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: Barranquilla (Atl) - - -
(5) Código: 0802-

SECCION GENERICA

INSCRITO
(6) Primer apellido: Arevalo - - -
(7) Segundo apellido: Mendoza - -
(8) Nombres: Luis Yovany - -

SEXO
(9) Masculino o Femenino: masculino
(10) Masculino [X] Femenino [ ]

FECHA DE NACIMIENTO
(11) Día: 17
(12) Mes: Junio - -
(13) Año: 1972

LUGAR DE NACIMIENTO
(14) País: Colombia - -
(15) Departamento, Int., o Com.: Atlántico - -
(16) Municipio: Barranquilla - - -

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO
(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: Hospitalde Barranquilla - - - - -
(18) Hora: 9pm-
(19) Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): Testimonio anteJuez Civil -
(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: - -
(21) No. licencia: - -

MADRE
(22) Apellidos (de soltera): Mendoza Ortega - -
(23) Nombres: Filomena - - - -
(24) Edad actual: 27-
(25) Identificación (clase y número): - - - -
(26) Nacionalidad: Colombiana -
(27) Profesión u oficio: - hogar- -

PADRE
(28) Apellidos: Arevalo Duran. -
(29) Nombres: Luis Arturo - - -
(30) Edad actual: 33
(31) Identificación (clase y número): CC# 12.440. 984 de Mariangola Vdupar
(32) Nacionalidad: Colombiana -
(33) Profesión u oficio: empleado-

DENUNCIANTE
(34) Identificación (clase y número): CC#12 440. 984 de Mariangola Vdupar-
(35) Firma (autógrafa): Luis Arturo Arevalo Duran
(36) Dirección postal y municipio: Calle 84 # Cra 45 -09Bquill -
(37) Nombre:

TESTIGO
(38) Identificación (clase y número): - - -
(39) Firma (autógrafa): -
(40) Domicilio (Municipio): - -
(41) Nombre: - - -

TESTIGO
(42) Identificación (clase y número): - -
(43) Firma (autógrafa): -
(44) Domicilio (Municipio): - -
(45) Nombre: -

FECHA DE INSCRIPCION
(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)
(46) Día: 19
(47) Mes: Noviembre - -
(48) Año: 1985

(49) Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10 - 0 V1 77

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
ANA DOLORES MEZA CABALLERO
CERTIFICA
Esta copia auténtica tomada del original que reposa en los archivos de esta notaría, válida para demostrar parentesco y tiene vigencia permanente excepto para matrimonio y pensión. (Art. 21 Ley 962/2005)
ANA DOLORES MEZA CABALLERO
Notaria Segunda de Barranquilla
Barranquilla

28 ENE. 2010

Adhesivo Copia Registro Civil 26120159-2

11 FEB 2020

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

24270711

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica	(2) Parte compl.
960730	

OFICINA REGISTRO CIVIL

(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.): NOTARIA 2a

(4) Municipio y Departamento: GIRARDOT CUNDINAMARCA

(5) Código: 2877

SECCION GENERICA

INSCRITO

(6) Primer apellido: AREVALO

(7) Segundo apellido: MUNAR

(8) Nombres: DARLYN JOHANNA

SEXO

(9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO

(10) Día: 30

(11) Mes: JULIO

(12) Año: 1996

LUGAR DE NACIMIENTO

(13) País: COLOMBIA

(14) Departamento: CUNDINAMARCA

(15) Municipio: GIRARDOT

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO

(16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: CLINICA SAN SEBASTIAN GIRARDOT

(17) Hora: 8:45PM

(18) Documento presentado-Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO MEDICO

(19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: ADRIANO MEJIA

(20) No. licencia: 19020

MADRE

(21) Apellidos (de soltera): MUNAR GARCIA

(22) Nombres: YAZMIN

(23) Edad al momento de parto: 22

(24) Identificación (clase y número): C.C.65.822.300 DE MELGAR

(25) Nacionalidad: COLOMBIANA

(26) Profesión u oficio: HOGAR

PADRE

(27) Apellidos: AREVALO MENDOZA

(28) Nombres: LUIS YOVANY

(29) Edad al momento de nacimiento: 24

(30) Identificación (clase y número): C.C.88.174.996 DE TIBU (N DE S)

(31) Nacionalidad: COLOMBIANA

(32) Profesión u oficio: MUSICO

DENUNCIANTE

(33) Identificación (clase y número): C.C.88.174.996 DE TIBU (N DE S)

(34) Firma (autógrafa):

(35) Dirección postal y Municipio: BARRIO LAS VEGAS MELGAR TOLIMA

(36) Nombre: LUIS YOVANY AREVALO MENDOZA

TESTIGO

(37) Identificación (clase y número):

(38) Firma (autógrafa):

(39) Domicilio (Municipio):

(40) Nombre:

TESTIGO

(41) Identificación (clase y número):

(42) Firma (autógrafa):

(43) Domicilio (Municipio):

(44) Nombre:

FECHA DE INSCRIPCION

(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

(45) Día: 22

(46) Mes: AGOSTO

(47) Año: 1996

Firma (autógrafa) y Sello del funcionario ante quien se hace el registro

(48) Nombre del funcionario ante quien se hace el registro

DUPLICADO PARA EL SERVICIO NACIONAL DE INSCRIPCION

FORMA DANE IP 10 - 0 XII/82

INFORMACION ESTADISTICA CONFIDENCIAL

Roberto Oliveros Triarte
Registrador Auxiliar
Registraduría Distrital del Estado Civil

11 FEB 2020

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO CIVIL

AL SERVICIO DE LA GENTE
GOBERNACIÓN DEL META

21300-425

Villavicencio, 21 de agosto de 2020.

Doctor
FREDY ALEJANDRO BALLEN MARTÍNEZ
alejandroballen@alejandroballen.com
Carrera 10 N° 16 - 39 Ofc. 16-07 Ed. Seguros Bolívar Piso 16
Móvil 350 4247363 - 316 3385651 teléfono: (1) 3415223
Bogotá D.C. - Colombia.

Ref. Respuesta a su solicitud de fecha 20 agost. 2020 correo electrónico.

Atendiendo el derecho de petición de la referencia, me permito allegar constancia de habilitación ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, de los prestadores que a continuación se relacionan, conforme a su solicitud:

1. ESE Departamental Solución Salud del Meta – Centro de salud Puerto Gaitán. (adjunta en 5 folios)
2. Altillanura Ambulancias y Servicios Médicos SAS. Nit. 900.324.692-5. (adjunta en 3 folios)

Cordialmente,

PATRICIA PIÑEROS CUELLAR
Gerente de calidad, inspección y
Vigilancia de los servicios
Secretaría de Salud del Meta

Anexo, lo enunciado,

Proyectó: PERLA J. VEGA SÁNCHEZ- Profesional Especializado

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD DEL META .

GERENCIA DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

GERENTE.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCION SALUD", en su sede de prestador CENTRO DE ATENCION PUERTO GAITAN del municipio de PUERTO GAITÁN - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	5060600634 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCION SALUD"				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:822006595-1	Nombre o razón social:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCION SALUD"		
Fecha de inscripción:	2004/07/15	Fecha de vencimiento:	2020/11/25	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PÚBLICA	Nivel de Atención del Prestador:	1
Empresa Social del Estado:	SI			Carácter Territorial de la Entidad:	DEPARTAMENTAL
Representante Legal:	JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO			Dirección administrativa:	CL 37 NO 41 80 BARRIO BARZAL ALTO
Telefono:	6629873	Fax:	6629974	Email:	gerencia@esemeta.gov.co
Municipio:	RESTREPO			Departamento:	META

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
DECRETO	307	20030803	GOBERNACION DEL META	VILLAVICENCIO META

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	506060063410 - CENTRO DE ATENCION RESTREPO				
Dirección:	C 4 4-84 K 5 4-50			Barrio:	BRISAS DEL LLANO
Telefono:	6550996 - 3208474931	Fax:		Email:	restrepo@esemeta.gov.co
Gerente:	JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO			Fecha de Apertura:	2004/07/15
Municipio:	RESTREPO			Departamento:	META

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	505680063423 - CENTRO DE ATENCION PUERTO GAITAN				
Dirección:	KR 7 A CL 10 ESQUINA			Barrio:	CENTRO
Telefono:	986460018	Fax:	986460018	Email:	gerencia@esemeta.gov.co
Gerente:	JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO			Fecha de Apertura:	2006/11/17
Municipio:	PUERTO GAITÁN			Departamento:	META

SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
INTERNACIÓN	101	GENERAL ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023025
INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023026
INTERNACIÓN	112	OBSTETRICIA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023027
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023028
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTETRICIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20200421	DHS1031658
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023029
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20200421	DHS1031659
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023030
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20200421	DHS1031660
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20200630	DHS023031
CONSULTA EXTERNA	350	CONSULTA PRIORITARIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20200302	DHS969209
URGENCIAS	501	SERVICIO DE URGENCIAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023032
TRANSPORTE ASISTENCIAL	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023033
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023034
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20090225	DHS023035
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20090317	DHS023036
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023037

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÊUTICA	724	TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20130417	DHS023038
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÊUTICA	741	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023039
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	907	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20090317	DHS023040
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	908	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÈN NACIDO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20090317	DHS023041
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20090317	DHS023042
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20090317	DHS023043
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20090317	DHS023044
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20090317	DHS023045
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20090317	DHS023046
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20180518	DHS724892
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20090317	DHS023047
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023048
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023049
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023050
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20061117	DHS023051

SERVICIOS, RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron servicios habilitados con la Resolución 3100 de 2019.

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio
HOSP: Intramural Hospitalario
MOVI: Extramural Móvil
DOMI: Extramural Domiciliario
OTRA: Extramural Otras
CR: Telemedicina Centro Referencia
IR: Telemedicina Institución Remisora
BAJA: Complejidad Baja
MEDI: Complejidad Media
ALTA: Complejidad Alta

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
AMBULANCIAS	BÁSICA	3
CAMAS	PEDIÁTRICA	6
CAMAS	ADULTOS	14
CAMAS	OBSTETRICIA	7
SALAS	PARTOS	1
SALAS	PROCEDIMIENTOS	0

DETALLE AMBULANCIAS.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	NUMERO PLACA	MODALIDAD	MODELO	TARJETA DE PROPIEDAD	FECHA DE APERTURA (AAAAMMDD)
AMBULANCIAS	BÁSICA	OJT191	TERRESTRE	2015	10008603515	20141223
AMBULANCIAS	BÁSICA	OCE007	TERRESTRE	2008	3841726	20080317
AMBULANCIAS	BÁSICA	FJT219	TERRESTRE	2019	10018285170	20190513

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DE SALUD DEL META , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCION SALUD", quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 2003 de 2014, Resolución 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día viernes 21 de agosto de 2020 (11:09 a. m.).

PATRICIA PIÑEROS QUELLAR.
GERENTE.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 50000REPS02

Impreso por el usuario del ente territorial: 50000REPS02

Versión 2.0.

Fecha de impresión: viernes 21 de agosto de 2020 (11:09 a. m.).

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD DEL META .

GERENCIA DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

GERENTE.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S., en su sede de prestador ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S del municipio de PUERTO GAITÁN - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	5056804428 - ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:900624392-5	Nombre o razón social:	ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS SAS		
Fecha de Inscripción:	2019/11/18	Fecha de vencimiento:	2020/11/25	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:				Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	CESAR EDUARDO TARAZONA GOMEZ			Dirección administrativa:	CALLE 8 Nº 11-19 BARRIO CENTRO
Telefono:	3184248440	Fax:		Email:	administrativo@altillanuraambulancias.com
Municipio:	PUERTO GAITÁN			Departamento:	META

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	256472	20130607	CAMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	505680442801 - ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S				
Dirección:	CALLE 8 Nº 11-19			Barrio:	CENTRO
Telefono:	3145867703	Fax:		Email:	altillanuraambulancias@gmail.com
Gerente:	CESAR EDUARDO TARAZONA GOMEZ			Fecha de Apertura:	2019/11/18
Municipio:	PUERTO GAITÁN			Departamento:	META

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	505680442801 - ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S				
Dirección:	CALLE 8 Nº 11-19			Barrio:	CENTRO
Telefono:	3145867703	Fax:		Email:	altillanuraambulancias@gmail.com
Gerente:	CESAR EDUARDO TARAZONA GOMEZ		Fecha de Apertura:		2019/11/18
Municipio:	PUERTO GAITÁN		Departamento:		META

SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
TRANSPORTE ASISTENCIAL	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20191118	DHS693562
TRANSPORTE ASISTENCIAL	602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20191118	DHS415699

SERVICIOS, RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron servicios habilitados con la Resolución 3100 de 2019.

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio
HOSP: Intramural Hospitalario
MOVI: Extramural Móvil
DOMI: Extramural Domiciliario
OTRA: Extramural Otras
CR: Telemedicina Centro Referencia
IR: Telemedicina Institución Remisora
BAJA: Complejidad Baja
MEDI: Complejidad Media
ALTA: Complejidad Alta

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
AMBULANCIAS	BÁSICA	16
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	5

DETALLE AMBULANCIAS.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	NUMERO PLACA	MODALIDAD	MODELO	TARJETA DE PROPIEDAD	FECHA DE APERTURA (AAAAMMDD)
AMBULANCIAS	BÁSICA	CGN212	TERRESTRE	2012	10002260864	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	DAP184	TERRESTRE	2010	10008543928	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	DAT354	TERRESTRE	2013	10016226734	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	DAT587	TERRESTRE	2015	10008489888	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	DDN479	TERRESTRE	2009	09-410014653774	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	EJY863	TERRESTRE	2019	10016890531	20191129

AMBULANCIAS	BÁSICA	EMU393	TERRESTRE	2019	10016684336	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	FOL315	TERRESTRE	2019	10017155363	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	FPT901	TERRESTRE	2020	10018396118	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	FPT903	TERRESTRE	2020	10018396182	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	HSY529	TERRESTRE	2013	10006727386	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	RCT568	TERRESTRE	2011	10001810403	20191129
AMBULANCIAS	BÁSICA	GKY189	TERRESTRE	2020	10019023590	20191230
AMBULANCIAS	BÁSICA	GPU255	TERRESTRE	2020	10020162526	20200210
AMBULANCIAS	BÁSICA	KJW316	TERRESTRE	2015	10011340047	20200605
AMBULANCIAS	BÁSICA	ZZL258	TERRESTRE	2015	10007989076	20191118
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	GLR557	TERRESTRE	2020	10019689482	20191230
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	EBQ049	TERRESTRE	2018	10015805379	20191129
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	EMN255	TERRESTRE	2019	10016301682	20191129
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	NEN491	TERRESTRE	2013	10018397909	20191129
AMBULANCIAS	MEDICALIZADA	RKN934	TERRESTRE	2012	10012498534	20191129

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DE SALUD DEL META , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S., quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 2003 de 2014, Resolución 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día viernes 21 de agosto de 2020 (11:09 a. m.).

PATRICIA PIÑEROS CUELLAR
GERENTE.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 50000REPS02

Impreso por el usuario del ente territorial: 50000REPS02

Versión 2.0.

Fecha de impresión: viernes 21 de agosto de 2020 (11:09 a. m.).

CER2020-1437-DAI-2200

Bogotá, D.C., miércoles, 27 de mayo de 2020

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO DE INVESTIGACION Y REGISTRO DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDÍGENAS, ROM Y MINORÍAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR:

Que consultado el registro de Asociaciones de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas que lleva esta Dirección, se confirmó que mediante Resolución N° 0017 del 09 de marzo de 2001, proferida por la Dirección General de Asuntos Indígenas, hoy Dirección de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías se registró la actuación del Cabildo Indígena de Muellamues sobre la transformación de la Empresa Solidaria de Salud MALLAMAS E.S.S. 115, por la Entidad Promotora de Salud MALLAMAS E.P.S. Indígena con ámbito de acción el territorio nacional y domicilio principal el municipio de Ipiales, departamento de Nariño.

Que de acuerdo a la Resolución No 0073 del 23 de mayo de 2017, se encuentra inscrito el Doctor FABIO ENRIQUEZ MIRANDA, identificado con cédula de ciudadanía N° 13.006.809 de Ipiales como Gerente General y Representante Legal de la Entidad Promotora de Salud MALLAMAS E.P.S. Indígena, para un periodo de cuatro (4) años.

La presente se expide a solicitud del doctor Fabio Enríquez Miranda y se firma en Bogotá D.C, a los veinte siete (27) días del mes de mayo del año 2020.

MYRIAM EDITH SIERRA MONCADA
Coordinadora

Elaboró: Mauricio Sanabria
Revisó: Myriam Sierra
Radicado: Vía correo
T.R.D. Carpeta EPSI Mallamas EPSI

OFICINA EN COLOMBIA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS



Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas

Convenio No. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes

www.hchr.org.co



DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

CONVENIO Nº 169 SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS Y TRIBALES EN PAÍSES INDEPENDIENTES

TABLA DE CONTENIDO

Página

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas …….. 3

Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes……. 32

DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Resolución aprobada por la Asamblea General 61/295 del 13 de septiembre de 2007

La Asamblea General,

Guiada por los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y la buena fe en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados de conformidad con la Carta,

Afirmando que los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos y reconociendo al mismo tiempo el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales,

Afirmando también que todos los pueblos contribuyen a la diversidad y riqueza de las civilizaciones y culturas, que constituyen el patrimonio común de la humanidad,

Afirmando además que todas las doctrinas, políticas y prácticas basadas en la superioridad de

determinados pueblos o personas o que la propugnan aduciendo razones de origen nacional o diferencias raciales, religiosas, étnicas o culturales son racistas, científicamente falsas, jurídicamente inválidas, moralmente condenables y socialmente injustas,

Reafirmando que, en el ejercicio de sus derechos, los pueblos indígenas deben estar libres de toda forma de discriminación,

Preocupada por el hecho de que los pueblos indígenas hayan sufrido injusticias históricas como resultado, entre otras cosas, de la colonización y enajenación de sus tierras, territorios y recursos, lo que les ha impedido ejercer, en particular, su derecho al desarrollo de conformidad con sus propias necesidades e intereses,

Consciente de la urgente necesidad de respetar y promover los derechos intrínsecos de los pueblos indígenas, que derivan de sus estructuras políticas, económicas y sociales y de sus culturas, de sus tradiciones espirituales, de su historia y de su filosofía, especialmente los derechos a sus tierras, territorios y recursos,

Consciente también de la urgente necesidad de respetar y promover los derechos de los pueblos

indígenas afirmados en tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos con los Estados,

Celebrando que los pueblos indígenas se estén organizando para promover su desarrollo político, económico, social y cultural y para poner fin a todas las formas de discriminación y opresión dondequiera que ocurran,

Convencida de que el control por los pueblos indígenas de los acontecimientos que los afecten a ellos y a sus tierras, territorios y recursos les permitirá mantener y reforzar sus instituciones, culturas y tradiciones y promover su desarrollo de acuerdo con sus aspiraciones y necesidades,

Considerando que el respeto de los conocimientos, las culturas y las prácticas tradicionales indígenas contribuye al desarrollo sostenible y equitativo y a la ordenación adecuada del medio ambiente,

Destacando la contribución de la desmilitarización de las tierras y territorios de los pueblos indígenas a la paz, el progreso y el desarrollo económicos y sociales, la comprensión y las relaciones de amistad entre las naciones y los pueblos del mundo,

Reconociendo en particular el derecho de las familias y comunidades indígenas a seguir compartiendo la responsabilidad por la crianza, la formación, la educación y el bienestar de sus hijos, en observancia de los derechos del niño,

Considerando que los derechos afirmados en los tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos entre los Estados y los pueblos indígenas son, en algunas situaciones, asuntos de preocupación, interés y responsabilidad internacional, y tienen carácter internacional,

Considerando también que los tratados, acuerdos y demás arreglos constructivos, y las relaciones que éstos representan, sirven de base para el fortalecimiento de la asociación entre los pueblos indígenas y los Estados,

Reconociendo que la Carta de las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como la Declaración y el Programa de Acción de Viena afirman la importancia fundamental del derecho de todos los pueblos a la libre determinación, en virtud del cual éstos determinan libremente su

condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural,

Teniendo presente que nada de lo contenido en la presente Declaración podrá utilizarse para negar a ningún pueblo su derecho a la libre determinación, ejercido de conformidad con el derecho internacional,

Convencida de que el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en la presente Declaración fomentará relaciones armoniosas y de cooperación entre los Estados y los pueblos indígenas, basadas en los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la no discriminación y la buena fe,

Alentando a los Estados a que cumplan y apliquen eficazmente todas sus obligaciones para con los pueblos indígenas dimanantes de los instrumentos internacionales, en particular las relativas a los derechos humanos, en consulta y cooperación con los pueblos interesados,

Subrayando que corresponde a las Naciones Unidas desempeñar un papel importante y continuo de promoción y protección de los derechos de los pueblos indígenas,

Considerando que la presente Declaración constituye un nuevo paso importante hacia el reconocimiento, la promoción y la protección de los derechos y las libertades de los pueblos indígenas y en el desarrollo de actividades pertinentes del sistema de las Naciones Unidas en esta esfera,

Reconociendo y reafirmando que las personas indígenas tienen derecho sin discriminación a todos los derechos humanos reconocidos en el derecho internacional, y que los pueblos indígenas poseen derechos colectivos que son indispensables para su existencia, bienestar y desarrollo integral como pueblos,

Reconociendo que la situación de los pueblos indígenas varía según las regiones y los países y que se debe tener en cuenta la significación de las particularidades nacionales y regionales y de las diversas tradiciones históricas y culturales,

Proclama solemnemente la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, cuyo texto figura a continuación, como ideal común que debe perseguirse en un espíritu de solidaridad y respeto mutuo:

ARTÍCULO 1

Los indígenas tienen derecho, como pueblos o como personas, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos por la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la normativa internacional de los derechos humanos.

ARTÍCULO 2

Los pueblos y las personas indígenas son libres e iguales a todos los demás pueblos y personas y tienen derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos, en particular la fundada en su origen o identidad indígenas.

ARTÍCULO 3

Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural.

ARTÍCULO 4

Los pueblos indígenas, en ejercicio de su derecho de libre determinación, tienen derecho a la autonomía o al autogobierno en las cuestiones relacionadas con sus asuntos internos y locales, así como a disponer

de los medios para financiar sus funciones autónomas.

ARTÍCULO 5

Los pueblos indígenas tienen derecho a conservar y reforzar sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales, manteniendo a la vez su derecho a participar plenamente, si lo desean, en la vida política, económica, social y cultural del Estado.

ARTÍCULO 6

Toda persona indígena tiene derecho a una nacionalidad.

ARTÍCULO 7

1. Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona.

2. Los pueblos indígenas tienen el derecho colectivo de vivir en libertad, paz y seguridad como pueblos distintos y no serán sometidos a ningún acto de genocidio ni a ningún otro acto de violencia, incluido el traslado forzado de niños del grupo a otro grupo.

ARTÍCULO 8

1. Los pueblos y las personas indígenas tienen derecho a no sufrir la asimilación forzada o la destrucción de su cultura.

2. Los Estados establecerán mecanismos eficaces para la prevención y el resarcimiento de:

   a) Todo acto que tenga por objeto o consecuencia privar a los pueblos y las personas indígenas de su integridad como pueblos distintos o de sus valores culturales o su identidad étnica;

   b) Todo acto que tenga por objeto o consecuencia enajenarles sus tierras, territorios o recursos;

   c) Toda forma de traslado forzado de población que tenga por objeto o consecuencia la violación o el menoscabo de cualquiera de sus derechos;

   d) Toda forma de asimilación o integración forzada;

e) Toda forma de propaganda que tenga como fin promover o incitar a la discriminación racial o étnica dirigida contra ellos.

ARTÍCULO 9

Los pueblos y las personas indígenas tienen derecho a pertenecer a una comunidad o nación indígena, de conformidad con las tradiciones y costumbres de la comunidad o nación de que se trate. No puede resultar ninguna discriminación de ningún tipo del ejercicio de ese derecho.

ARTÍCULO 10

Los pueblos indígenas no serán desplazados por la fuerza de sus tierras o territorios. No se procederá a ningún traslado sin el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas interesados, ni sin un acuerdo previo sobre una indemnización justa y equitativa y, siempre que sea posible, la opción del regreso.

ARTÍCULO 11

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a practicar y revitalizar sus tradiciones y costumbres culturales. Ello incluye el derecho a mantener, proteger y desarrollar las manifestaciones pasadas, presentes y futuras de sus culturas, como lugares arqueológicos e históricos,

utensilios, diseños, ceremonias, tecnologías, artes visuales e interpretativas y literaturas.

2. Los Estados proporcionarán reparación por medio de mecanismos eficaces, que podrán incluir la restitución, establecidos conjuntamente con los pueblos indígenas, respecto de los bienes culturales, intelectuales, religiosos y espirituales de que hayan sido privados sin su consentimiento libre, previo e informado o en violación de sus leyes, tradiciones y costumbres.

ARTÍCULO 12

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a manifestar, practicar, desarrollar y enseñar sus tradiciones, costumbres y ceremonias espirituales y religiosas; a mantener y proteger sus lugares religiosos y culturales y a acceder a ellos privadamente; a utilizar y controlar sus objetos de culto, y a obtener la repatriación de sus restos humanos.

2. Los Estados procurarán facilitar el acceso y/o la repatriación de objetos de culto y de restos humanos que posean mediante mecanismos justos, transparentes y eficaces establecidos conjuntamente con los pueblos indígenas interesados.

ARTÍCULO 13

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a revitalizar, utilizar, fomentar y transmitir a las generaciones futuras sus historias, idiomas, tradiciones orales, filosofías, sistemas de escritura y literaturas, y a atribuir nombres a sus comunidades, lugares y personas y mantenerlos.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para garantizar la protección de ese derecho y también para asegurar que los pueblos indígenas puedan entender y hacerse entender en las actuaciones políticas, jurídicas y administrativas, proporcionando para ello, cuando sea necesario, servicios de interpretación u otros medios adecuados.

ARTÍCULO 14

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a establecer y controlar sus sistemas e instituciones docentes que impartan educación en sus propios idiomas, en consonancia con sus métodos culturales de enseñanza y aprendizaje.

2. Las personas indígenas, en particular los niños indígenas, tienen derecho a todos los niveles y

formas de educación del Estado sin discriminación.

3. Los Estados adoptarán medidas eficaces, junto con los pueblos indígenas, para que las personas indígenas, en particular los niños, incluidos los que viven fuera de sus comunidades, tengan acceso, cuando sea posible, a la educación en su propia cultura y en su propio idioma.

ARTÍCULO 15

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a que la dignidad y diversidad de sus culturas, tradiciones, historias y aspiraciones queden debidamente reflejadas en la educación pública y los medios de información públicos.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas interesados, para combatir los prejuicios y eliminar la discriminación y promover la tolerancia, la comprensión y las buenas relaciones entre los pueblos indígenas y todos los demás sectores de la sociedad.

ARTÍCULO 16

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a establecer sus propios medios de información en

sus propios idiomas y a acceder a todos los demás medios de información no indígenas sin discriminación alguna.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para asegurar que los medios de información públicos reflejen debidamente la diversidad cultural indígena. Los Estados, sin perjuicio de la obligación de asegurar plenamente la libertad de expresión, deberán alentar a los medios de comunicación privados a reflejar debidamente la diversidad cultural indígena.

ARTÍCULO 17

1. Las personas y los pueblos indígenas tienen derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos establecidos en el derecho laboral internacional y nacional aplicable.

2. Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, tomarán medidas específicas para proteger a los niños indígenas contra la explotación económica y contra todo trabajo que pueda resultar peligroso o interferir en la educación del niño, o que pueda ser perjudicial para la salud o el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social del niño, teniendo en cuenta su especial vulnerabilidad y la importancia

de la educación para el pleno ejercicio de sus derechos.

3. Las personas indígenas tienen derecho a no ser sometidas a condiciones discriminatorias de trabajo, entre otras cosas, empleo o salario.

ARTÍCULO 18

Los pueblos indígenas tienen derecho a participar en la adopción de decisiones en las cuestiones que afecten a sus derechos, por conducto de representantes elegidos por ellos de conformidad con sus propios procedimientos, así como a mantener y desarrollar sus propias instituciones de adopción de decisiones.

ARTÍCULO 19

Los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fe con los pueblos indígenas interesados por medio de sus instituciones representativas antes de adoptar y aplicar medidas legislativas o administrativas que los afecten, a fin de obtener su consentimiento libre, previo e informado.

ARTÍCULO 20

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y desarrollar sus sistemas o instituciones políticas, económicas y sociales, a que se les

asegure el disfrute de sus propios medios de subsistencia y desarrollo y a dedicarse libremente a todas sus actividades económicas tradicionales y de otro tipo.

2. Los pueblos indígenas desposeídos de sus medios de subsistencia y desarrollo tienen derecho a una reparación justa y equitativa.

ARTÍCULO 21

1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.

ARTÍCULO 22

1. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas en la aplicación de la presente Declaración.

2. Los Estados adoptarán medidas, junto con los pueblos indígenas, para asegurar que las mujeres y los niños indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación.

ARTÍCULO 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

ARTÍCULO 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus

plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

ARTÍCULO 25

Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y fortalecer su propia relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros y otros recursos que tradicionalmente han poseído u ocupado y utilizado de otra forma y a asumir las responsabilidades que a ese respecto les incumben para con las generaciones venideras.

ARTÍCULO 26

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a las tierras, territorios y recursos que tradicionalmente han poseído, ocupado o de otra forma utilizado o adquirido.

2. Los pueblos indígenas tienen derecho a poseer, utilizar, desarrollar y controlar las tierras,

territorios y recursos que poseen en razón de la propiedad tradicional u otra forma tradicional de ocupación o utilización, así como aquellos que hayan adquirido de otra forma.

3. Los Estados asegurarán el reconocimiento y protección jurídicos de esas tierras, territorios y recursos. Dicho reconocimiento respetará debidamente las costumbres, las tradiciones y los sistemas de tenencia de la tierra de los pueblos indígenas de que se trate.

ARTÍCULO 27

Los Estados establecerán y aplicarán, conjuntamente con los pueblos indígenas interesados, un proceso equitativo, independiente, imparcial, abierto y transparente, en el que se reconozcan debidamente las leyes, tradiciones, costumbres y sistemas de tenencia de la tierra de los pueblos indígenas, para reconocer y adjudicar los derechos de los pueblos indígenas en relación con sus tierras, territorios y recursos, comprendidos aquellos que tradicionalmente han poseído u ocupado o utilizado de otra forma. Los pueblos indígenas tendrán derecho a participar en este proceso.

ARTÍCULO 28

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a la reparación, por medios que pueden incluir la restitución o, cuando ello no sea posible, una indemnización justa, imparcial y equitativa, por las tierras, los territorios y los recursos que tradicionalmente hayan poseído u ocupado o utilizado de otra forma y que hayan sido confiscados, tomados, ocupados, utilizados o dañados sin su consentimiento libre, previo e informado.

2. Salvo que los pueblos interesados hayan convenido libremente en otra cosa, la indemnización consistirá en tierras, territorios y recursos de igual calidad, extensión y condición jurídica o en una indemnización monetaria u otra reparación adecuada.

ARTÍCULO 29

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras o territorios y recursos. Los Estados deberán establecer y ejecutar programas de asistencia a los pueblos indígenas para asegurar esa conservación y protección, sin discriminación alguna.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para garantizar que no se almacenen ni eliminen materiales peligrosos en las tierras o territorios de los pueblos indígenas sin su consentimiento libre, previo e informado.

3. Los Estados también adoptarán medidas eficaces para garantizar, según sea necesario, que se apliquen debidamente programas de control, mantenimiento y restablecimiento de la salud de los pueblos indígenas afectados por esos materiales, programas que serán elaborados y ejecutados por esos pueblos.

ARTÍCULO 30

1. No se desarrollarán actividades militares en las tierras o territorios de los pueblos indígenas, a menos que lo justifique una razón de interés público pertinente o que se haya acordado libremente con los pueblos indígenas interesados, o que éstos lo hayan solicitado.

2. Los Estados celebrarán consultas eficaces con los pueblos indígenas interesados, por los procedimientos apropiados y en particular por medio de sus instituciones representativas, antes

de utilizar sus tierras o territorios para actividades militares.

ARTÍCULO 31

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales.

2. Conjuntamente con los pueblos indígenas, los Estados adoptarán medidas eficaces para reconocer y proteger el ejercicio de estos derechos.

ARTÍCULO 32

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar las prioridades y estrategias para el desarrollo o la utilización de sus tierras o territorios y otros recursos.

2. Los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fe con los pueblos indígenas interesados por conducto de sus propias instituciones representativas a fin de obtener su consentimiento libre e informado antes de aprobar cualquier proyecto que afecte a sus tierras o territorios y otros recursos, particularmente en relación con el desarrollo, la utilización o la explotación de recursos minerales, hídricos o de otro tipo.

3. Los Estados establecerán mecanismos eficaces para la reparación justa y equitativa por esas actividades, y se adoptarán medidas adecuadas para mitigar las consecuencias nocivas de orden ambiental, económico, social, cultural o espiritual.

ARTÍCULO 33

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar su propia identidad o pertenencia conforme a sus costumbres y tradiciones. Ello no menoscaba el derecho de las personas indígenas

a obtener la ciudadanía de los Estados en que viven.

2. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar las estructuras y a elegir la composición de sus instituciones de conformidad con sus propios procedimientos.

ARTÍCULO 34

Los pueblos indígenas tienen derecho a promover, desarrollar y mantener sus estructuras institucionales y sus propias costumbres, espiritualidad, tradiciones, procedimientos, prácticas y, cuando existan, costumbres o sistemas jurídicos, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.

ARTÍCULO 35

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar las responsabilidades de los individuos para con sus comunidades.

ARTÍCULO 36

1. Los pueblos indígenas, en particular los que están divididos por fronteras internacionales, tienen derecho a mantener y desarrollar los contactos, las relaciones y la cooperación, incluidas las actividades de carácter espiritual, cultural, político, económico y social, con sus

propios miembros así como con otros pueblos a través de las fronteras.

2. Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán medidas eficaces para facilitar el ejercicio y garantizar la aplicación de este derecho.

ARTÍCULO 37

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a que los tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos concertados con los Estados o sus sucesores sean reconocidos, observados y aplicados y a que los Estados acaten y respeten esos tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos.

2. Nada de lo señalado en la presente Declaración se interpretará en el sentido de que menoscaba o suprime los derechos de los pueblos indígenas que figuren en tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos.

ARTÍCULO 38

Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, para alcanzar los fines de la presente Declaración.

ARTÍCULO 39

Los pueblos indígenas tienen derecho a la asistencia financiera y técnica de los Estados y por conducto de la cooperación internacional para el disfrute de los derechos enunciados en la presente Declaración.

ARTÍCULO 40

Los pueblos indígenas tienen derecho a procedimientos equitativos y justos para el arreglo de controversias con los Estados u otras partes, y a una pronta decisión sobre esas controversias, así como a una reparación efectiva de toda lesión de sus derechos individuales y colectivos. En esas decisiones se tendrán debidamente en consideración las costumbres, las tradiciones, las normas y los sistemas jurídicos de los pueblos indígenas interesados y las normas internacionales de derechos humanos.

ARTÍCULO 41

Los órganos y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales contribuirán a la plena realización de las disposiciones de la presente Declaración mediante la movilización, entre otras cosas, de la cooperación financiera y la asistencia técnica. Se establecerán los medios de

asegurar la participación de los pueblos indígenas en relación con los asuntos que les conciernan.

ARTÍCULO 42

Las Naciones Unidas, sus órganos, incluido el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, y los organismos especializados, en particular a nivel local, así como los Estados, promoverán el respeto y la plena aplicación de las disposiciones de la presente Declaración y velarán por la eficacia de la presente Declaración.

ARTÍCULO 43

Los derechos reconocidos en la presente Declaración constituyen las normas mínimas para la supervivencia, la dignidad y el bienestar de los pueblos indígenas del mundo.

ARTÍCULO 44

Todos los derechos y las libertades reconocidos en la presente Declaración se garantizan por igual al hombre y a la mujer indígenas.

ARTÍCULO 45

Nada de lo contenido en la presente Declaración se interpretará en el sentido de que menoscaba o suprime los derechos que los pueblos indígenas tienen en la actualidad o puedan adquirir en el futuro.

ARTÍCULO 46

1. Nada de lo señalado en la presente Declaración se interpretará en el sentido de que confiere a un Estado, pueblo, grupo o persona derecho alguno a participar en una actividad o realizar un acto contrarios a la Carta de las Naciones Unidas, ni se entenderá en el sentido de que autoriza o fomenta acción alguna encaminada a quebrantar o menoscabar, total o parcialmente, la integridad territorial o la unidad política de Estados soberanos e independientes.

2. En el ejercicio de los derechos enunciados en la presente Declaración, se respetarán los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos. El ejercicio de los derechos establecidos en la presente Declaración estará sujeto exclusivamente a las limitaciones determinadas por la ley y con arreglo a las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Esas limitaciones no serán discriminatorias y serán sólo las estrictamente necesarias para garantizar el reconocimiento y respeto debidos a los derechos y las libertades de los demás y para satisfacer las justas y más apremiantes necesidades de una sociedad democrática.

3. Las disposiciones enunciadas en la presente Declaración se interpretarán con arreglo a los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la igualdad, la no discriminación, la buena administración pública y la buena fe.

CONVENIO N° 169 SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS Y TRIBALES EN PAÍSES INDEPENDIENTES

Adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo el 27 de junio de 1989

Entrada en vigor: 5 de septiembre de 1991

Entrada en vigor para Colombia: 6 de agosto de 1992, en virtud de Ley 21 de 1991

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 7 de junio de 1989, en su septuagésima sexta reunión;

Observando las normas internacionales enunciadas en el Convenio y en la Recomendación sobre poblaciones indígenas y tribuales, 1957;

Recordando los términos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y de los numerosos instrumentos internacionales sobre la prevención de la discriminación;

Considerando que la evolución del derecho internacional desde 1957 y los cambios sobrevenidos en la situación de los pueblos indígenas y tribales en todas las regiones del mundo hacen aconsejable adoptar nuevas normas internacionales en la materia, a fin de eliminar la orientación hacia la asimilación de las normas anteriores;

Reconociendo las aspiraciones de esos pueblos a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones, dentro del marco de los Estados en que viven;

Observando que en muchas partes del mundo esos pueblos no pueden gozar de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población de los Estados en que viven y que sus leyes, valores, costumbres y perspectivas han sufrido a menudo una erosión;

Recordando la particular contribución de los pueblos indígenas y tribales a la diversidad cultural, a la armonía social y ecológica de la humanidad y a la cooperación y comprensión internacionales;

Observando que las disposiciones que siguen han sido establecidas con la colaboración de las Naciones Unidas, de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y de la Organización Mundial de la Salud, así como del Instituto Indigenista Interamericano, a los niveles apropiados y en sus esferas respectivas, y que se tiene el propósito de continuar esa colaboración a fin de promover y asegurar la aplicación de estas disposiciones;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones sobre la revisión parcial del Convenio sobre poblaciones indígenas y tribuales, 1957 (núm. 107), cuestión que constituye el cuarto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional que revise el Convenio sobre poblaciones indígenas y tribuales, 1957, adopta, con

fecha veintisiete de junio de mil novecientos ochenta y nueve, el siguiente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989:

PARTE I. POLÍTICA GENERAL

ARTÍCULO 1

1. El presente Convenio se aplica:
   a) a los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial;
   b) a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

2. La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.
3. La utilización del término “pueblos” en este Convenio no deberá interpretarse en el sentido de que tenga implicación alguna en lo que atañe a los derechos que pueda conferirse a dicho término en el derecho internacional.

ARTÍCULO 2

1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.
2. Esta acción deberá incluir medidas:
   a) que aseguren a los miembros de dichos pueblos gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población;
   b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones;

c) que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida.

ARTÍCULO 3

1. Los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación. Las disposiciones de este Convenio se aplicarán sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos.
2. No deberá emplearse ninguna forma de fuerza o de coerción que viole los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos interesados, incluidos los derechos contenidos en el presente Convenio.

ARTÍCULO 4

1. Deberán adoptarse las medidas especiales que se precisen para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los pueblos interesados.

2. Tales medidas especiales no deberán ser contrarias a los deseos expresados libremente por los pueblos interesados.
3. El goce sin discriminación de los derechos generales de ciudadanía no deberá sufrir menoscabo alguno como consecuencia de tales medidas especiales.

ARTÍCULO 5

Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:

a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;
b) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos;
c) deberán adoptarse, con la participación y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo.

ARTÍCULO 6

1. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán:

a) consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente;
b) establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan;
c) establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar los recursos necesarios para este fin.

2. Las consultas llevadas a cabo en aplicación de este Convenio deberán efectuarse de buena fe y de una manera apropiada a las circunstancias, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas.

ARTÍCULO 7

1. Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente.
2. El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.
3. Los gobiernos deberán velar por que, siempre que haya lugar, se efectúen estudios, en cooperación con los pueblos interesados, a fin de evaluar la incidencia social, espiritual y cultural y sobre el medio ambiente que las actividades de desarrollo previstas puedan tener sobre esos

pueblos. Los resultados de estos estudios deberán ser considerados como criterios fundamentales para la ejecución de las actividades mencionadas.

4. Los gobiernos deberán tomar medidas, en cooperación con los pueblos interesados, para proteger y preservar el medio ambiente de los territorios que habitan.

ARTÍCULO 8

1. Al aplicar la legislación nacional a los pueblos interesados deberán tomarse debidamente en consideración sus costumbres o su derecho consuetudinario.
2. Dichos pueblos deberán tener el derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos. Siempre que sea necesario, deberán establecerse procedimientos para solucionar los conflictos que puedan surgir en la aplicación de este principio.
3. La aplicación de los párrafos 1 y 2 de este artículo no deberá impedir a los miembros de dichos pueblos ejercer los derechos reconocidos a todos los ciudadanos del país y asumir las obligaciones correspondientes.

ARTÍCULO 9

1. En la medida en que ello sea compatible con el sistema jurídico nacional y con los derechos humanos internacionalmente reconocidos, deberán respetarse los métodos a los que los pueblos interesados recurren tradicionalmente para la represión de los delitos cometidos por sus miembros.
2. Las autoridades y los tribunales llamados a pronunciarse sobre cuestiones penales deberán tener en cuenta las costumbres de dichos pueblos en la materia.

ARTÍCULO 10

1. Cuando se impongan sanciones penales previstas por la legislación general a miembros de dichos pueblos deberán tenerse en cuenta sus características económicas, sociales y culturales.
2. Deberá darse la preferencia a tipos de sanción distintos del encarcelamiento.

ARTÍCULO 11

La ley deberá prohibir y sancionar la imposición a miembros de los pueblos interesados de servicios personales obligatorios de cualquier índole, remunerados o no, excepto en los casos previstos por la ley para todos los ciudadanos.

ARTÍCULO 12

Los pueblos interesados deberán tener protección contra la violación de sus derechos, y poder iniciar procedimientos legales, sea personalmente o bien por conducto de sus organismos representativos, para asegurar el respeto efectivo de tales derechos. Deberán tomarse medidas para garantizar que los miembros de dichos pueblos puedan comprender y hacerse comprender en procedimientos legales, facilitándoles, si fuere necesario, intérpretes u otros medios eficaces.

PARTE II. TIERRAS

ARTÍCULO 13

1. Al aplicar las disposiciones de esta parte del Convenio, los gobiernos deberán respetar la importancia especial que para las culturas y valores espirituales de los pueblos interesados reviste su relación con las tierras o territorios, o con ambos, según los casos, que ocupan o utilizan de alguna otra manera, y en particular los aspectos colectivos de esa relación.
2. La utilización del término “tierras” en los artículos 15 y 16 deberá incluir el concepto de territorios, lo que cubre la totalidad del hábitat de las regiones

que los pueblos interesados ocupan o utilizan de alguna otra manera.

ARTÍCULO 14

1. Deberá reconocerse a los pueblos interesados el derecho de propiedad y de posesión sobre las tierras que tradicionalmente ocupan. Además, en los casos apropiados, deberán tomarse medidas para salvaguardar el derecho de los pueblos interesados a utilizar tierras que no estén exclusivamente ocupadas por ellos, pero a las que hayan tenido tradicionalmente acceso para sus actividades tradicionales y de subsistencia. A este respecto, deberá prestarse particular atención a la situación de los pueblos nómadas y de los agricultores itinerantes.
2. Los gobiernos deberán tomar las medidas que sean necesarias para determinar las tierras que los pueblos interesados ocupan tradicionalmente y garantizar la protección efectiva de sus derechos de propiedad y posesión.
3. Deberán instituirse procedimientos adecuados en el marco del sistema jurídico nacional para solucionar las reivindicaciones de tierras formuladas por los pueblos interesados.

ARTÍCULO 15

1. Los derechos de los pueblos interesados a los recursos naturales existentes en sus tierras deberán protegerse especialmente. Estos derechos comprenden el derecho de esos pueblos a participar en la utilización, administración y conservación de dichos recursos.
2. En caso de que pertenezca al Estado la propiedad de los minerales o de los recursos del subsuelo, o tenga derechos sobre otros recursos existentes en las tierras, los gobiernos deberán establecer o mantener procedimientos con miras a consultar a los pueblos interesados, a fin de determinar si los intereses de esos pueblos serían perjudicados, y en qué medida, antes de emprender o autorizar cualquier programa de prospección o explotación de los recursos existentes en sus tierras. Los pueblos interesados deberán participar siempre que sea posible en los beneficios que reporten tales actividades, y percibir una indemnización equitativa por cualquier daño que puedan sufrir como resultado de esas actividades.

ARTÍCULO 16

1. A reserva de lo dispuesto en los párrafos siguientes de este artículo, los pueblos

interesados no deberán ser trasladados de las tierras que ocupan.

2. Cuando excepcionalmente el traslado y la reubicación de esos pueblos se consideren necesarios, sólo deberán efectuarse con su consentimiento, dado libremente y con pleno conocimiento de causa. Cuando no pueda obtenerse su consentimiento, el traslado y la reubicación sólo deberá tener lugar al término de procedimientos adecuados establecidos por la legislación nacional, incluidas encuestas públicas, cuando haya lugar, en que los pueblos interesados tengan la posibilidad de estar efectivamente representados.
3. Siempre que sea posible, estos pueblos deberán tener el derecho de regresar a sus tierras tradicionales en cuanto dejen de existir las causas que motivaron su traslado y reubicación.
4. Cuando el retorno no sea posible, tal como se determine por acuerdo o, en ausencia de tales acuerdos, por medio de procedimientos adecuados, dichos pueblos deberán recibir, en todos los casos posibles, tierras cuya calidad y cuyo estatuto jurídico sean por lo menos iguales a los de las tierras que ocupaban anteriormente, y que les permitan subvenir a sus necesidades y garantizar su desarrollo futuro. Cuando los pueblos interesados prefieran recibir una

indemnización en dinero o en especie, deberá concedérseles dicha indemnización, con las garantías apropiadas.

5. Deberá indemnizarse plenamente a las personas trasladadas y reubicadas por cualquier pérdida o daño que hayan sufrido como consecuencia de su desplazamiento.

ARTÍCULO 17

1. Deberán respetarse las modalidades de transmisión de los derechos sobre la tierra entre los miembros de los pueblos interesados establecidas por dichos pueblos.
2. Deberá consultarse a los pueblos interesados siempre que se considere su capacidad de enajenar sus tierras o de transmitir de otra forma sus derechos sobre estas tierras fuera de su comunidad.
3. Deberá impedirse que personas extrañas a esos pueblos puedan aprovecharse de las costumbres de esos pueblos o de su desconocimiento de las leyes por parte de sus miembros para arrogarse la propiedad, la posesión o el uso de las tierras pertenecientes a ellos.

ARTÍCULO 18

La ley deberá prever sanciones apropiadas contra toda intrusión no autorizada en las tierras de los

pueblos interesados o todo uso no autorizado de las mismas por personas ajenas a ellos, y los gobiernos deberán tomar medidas para impedir tales infracciones.

ARTÍCULO 19

Los programas agrarios nacionales deberán garantizar a los pueblos interesados condiciones equivalentes a las que disfruten otros sectores de la población, a los efectos de:

a) la asignación de tierras adicionales a dichos pueblos cuando las tierras de que dispongan sean insuficientes para garantizarles los elementos de una existencia normal o para hacer frente a su posible crecimiento numérico;
b) el otorgamiento de los medios necesarios para el desarrollo de las tierras que dichos pueblos ya poseen.

PARTE III. CONTRATACIÓN Y CONDICIONES DE EMPLEO

ARTÍCULO 20

1. Los gobiernos deberán adoptar, en el marco de su legislación nacional y en cooperación con los pueblos interesados, medidas especiales para garantizar a los trabajadores pertenecientes a esos pueblos una protección eficaz en materia de

contratación y condiciones de empleo, en la medida en que no estén protegidos eficazmente por la legislación aplicable a los trabajadores en general.

2. Los gobiernos deberán hacer cuanto esté en su poder por evitar cualquier discriminación entre los trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados y los demás trabajadores, especialmente en lo relativo a:
   a) acceso al empleo, incluidos los empleos calificados y las medidas de promoción y de ascenso;
   b) remuneración igual por trabajo de igual valor;
   c) asistencia médica y social, seguridad e higiene en el trabajo, todas las prestaciones de seguridad social y demás prestaciones derivadas del empleo, así como la vivienda;
   d) derecho de asociación, derecho a dedicarse libremente a todas las actividades sindicales para fines lícitos, y derecho a concluir convenios colectivos con empleadores o con organizaciones de empleadores.
3. Las medidas adoptadas deberán en particular garantizar que:
   a) los trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados, incluidos los trabajadores estacionales, eventuales y migrantes empleados en la agricultura o en otras

actividades, así como los empleados por contratistas de mano de obra, gocen de la protección que confieren la legislación y la práctica nacionales a otros trabajadores de estas categorías en los mismos sectores, y sean plenamente informados de sus derechos con arreglo a la legislación laboral y de los recursos de que disponen;

b) los trabajadores pertenecientes a estos pueblos no estén sometidos a condiciones de trabajo peligrosas para su salud, en particular como consecuencia de su exposición a plaguicidas o a otras sustancias tóxicas;

c) los trabajadores pertenecientes a estos pueblos no estén sujetos a sistemas de contratación coercitivos, incluidas todas las formas de servidumbre por deudas;

d) los trabajadores pertenecientes a estos pueblos gocen de igualdad de oportunidades y de trato para hombres y mujeres en el empleo y de protección contra el hostigamiento sexual.

4. Deberá prestarse especial atención a la creación de servicios adecuados de inspección del trabajo en las regiones donde ejerzan actividades asalariadas trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados, a fin de garantizar el

cumplimiento de las disposiciones de esta parte del presente Convenio.

PARTE IV. FORMACIÓN PROFESIONAL, ARTESANÍA E INDUSTRIAS RURALES

ARTÍCULO 21

Los miembros de los pueblos interesados deberán poder disponer de medios de formación profesional por lo menos iguales a los de los demás ciudadanos.

ARTÍCULO 22

1. Deberán tomarse medidas para promover la participación voluntaria de miembros de los pueblos interesados en programas de formación profesional de aplicación general.
2. Cuando los programas de formación profesional de aplicación general existentes no respondan a las necesidades especiales de los pueblos interesados, los gobiernos deberán asegurar, con la participación de dichos pueblos, que se pongan a su disposición programas y medios especiales de formación.
3. Estos programas especiales de formación deberán basarse en el entorno económico, las condiciones sociales y culturales y las necesidades concretas de los pueblos interesados. Todo estudio a este respecto deberá

realizarse en cooperación con esos pueblos, los cuales deberán ser consultados sobre la organización y el funcionamiento de tales programas. Cuando sea posible, esos pueblos deberán asumir progresivamente la responsabilidad de la organización y el funcionamiento de tales programas especiales de formación, si así lo deciden.

ARTÍCULO 23

1. La artesanía, las industrias rurales y comunitarias y las actividades tradicionales y relacionadas con la economía de subsistencia de los pueblos interesados, como la caza, la pesca, la caza con trampas y la recolección, deberán reconocerse como factores importantes del mantenimiento de su cultura y de su autosuficiencia y desarrollo económicos. Con la participación de esos pueblos, y siempre que haya lugar, los gobiernos deberán velar por que se fortalezcan y fomenten dichas actividades.
2. A petición de los pueblos interesados, deberá facilitárseles, cuando sea posible, una asistencia técnica y financiera apropiada que tenga en cuenta las técnicas tradicionales y las características culturales de esos pueblos y la importancia de un desarrollo sostenido y equitativo.

PARTE V. SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD

ARTÍCULO 24

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

ARTÍCULO 25

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y

centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

PARTE VI. EDUCACIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

ARTÍCULO 26

Deberán adoptarse medidas para garantizar a los miembros de los pueblos interesados la posibilidad de adquirir una educación a todos los niveles, por lo menos en pie de igualdad con el resto de la comunidad nacional.

ARTÍCULO 27

1. Los programas y los servicios de educación destinados a los pueblos interesados deberán desarrollarse y aplicarse en cooperación con éstos a fin de responder a sus necesidades particulares, y deberán abarcar su historia, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y todas sus demás aspiraciones sociales, económicas y culturales.
2. La autoridad competente deberá asegurar la formación de miembros de estos pueblos y su participación en la formulación y ejecución de

programas de educación, con miras a transferir progresivamente a dichos pueblos la responsabilidad de la realización de esos programas, cuando haya lugar.

3. Además, los gobiernos deberán reconocer el derecho de esos pueblos a crear sus propias instituciones y medios de educación, siempre que tales instituciones satisfagan las normas mínimas establecidas por la autoridad competente en consulta con esos pueblos. Deberán facilitárseles recursos apropiados con tal fin.

ARTÍCULO 28

1. Siempre que sea viable, deberá enseñarse a los niños de los pueblos interesados a leer y a escribir en su propia lengua indígena o en la lengua que más comúnmente se hable en el grupo a que pertenezcan. Cuando ello no sea viable, las autoridades competentes deberán celebrar consultas con esos pueblos con miras a la adopción de medidas que permitan alcanzar este objetivo.
2. Deberán tomarse medidas adecuadas para asegurar que esos pueblos tengan la oportunidad de llegar a dominar la lengua nacional o una de las lenguas oficiales del país.
3. Deberán adoptarse disposiciones para preservar las lenguas indígenas de los pueblos interesados

y promover el desarrollo y la práctica de las mismas.

ARTÍCULO 29

Un objetivo de la educación de los niños de los pueblos interesados deberá ser impartirles conocimientos generales y aptitudes que les ayuden a participar plenamente y en pie de igualdad en la vida de su propia comunidad y en la de la comunidad nacional.

ARTÍCULO 30

1. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.
2. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

ARTÍCULO 31

Deberán adoptarse medidas de carácter educativo en todos los sectores de la comunidad nacional, y

especialmente en los que estén en contacto más directo con los pueblos interesados, con objeto de eliminar los prejuicios que pudieran tener con respecto a esos pueblos. A tal fin, deberán hacerse esfuerzos por asegurar que los libros de historia y demás material didáctico ofrezcan una descripción equitativa, exacta e instructiva de las sociedades y culturas de los pueblos interesados.

PARTE VII. CONTACTOS Y COOPERACIÓN A TRAVÉS DE LAS FRONTERAS

ARTÍCULO 32

Los gobiernos deberán tomar medidas apropiadas, incluso por medio de acuerdos internacionales, para facilitar los contactos y la cooperación entre pueblos indígenas y tribales a través de las fronteras, incluidas las actividades en las esferas económica, social, cultural, espiritual y del medio ambiente.

PARTE VIII. ADMINISTRACIÓN

ARTÍCULO 33

1. La autoridad gubernamental responsable de las cuestiones que abarca el presente Convenio deberá asegurarse de que existen instituciones u otros mecanismos apropiados para administrar los programas que afecten a los pueblos

interesados, y de que tales instituciones o mecanismos disponen de los medios necesarios para el cabal desempeño de sus funciones.

2. Tales programas deberán incluir:
   a) la planificación, coordinación, ejecución y evaluación, en cooperación con los pueblos interesados, de las medidas previstas en el presente Convenio;
   b) la proposición de medidas legislativas y de otra índole a las autoridades competentes y el control de la aplicación de las medidas adoptadas en cooperación con los pueblos interesados.

PARTE IX. DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 34

La naturaleza y el alcance de las medidas que se adopten para dar efecto al presente Convenio deberán determinarse con flexibilidad, teniendo en cuenta las condiciones propias de cada país.

ARTÍCULO 35

La aplicación de las disposiciones del presente Convenio no deberá menoscabar los derechos y las ventajas garantizados a los pueblos interesados en virtud de otros convenios y recomendaciones,

instrumentos internacionales, tratados, o leyes, laudos, costumbres o acuerdos nacionales.

PARTE X. DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 36

Este Convenio revisa el Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957.

ARTÍCULO 37

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

ARTÍCULO 38

1. Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.
2. Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
3. Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

ARTÍCULO 39

1. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
2. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

ARTÍCULO 40

1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.

2. Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

ARTÍCULO 41

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

ARTÍCULO 42

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

ARTÍCULO 43

1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial

del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

a) la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 39, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;
b) a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2. Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

ARTÍCULO 44

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

Bogotá, D.C.
Calle 113 No. 7-45,
Torre B, Of.1101
Ed. Teleport Business Park
Tel. (571) 658 3300

Barranquilla, Atlántico
Carrera 53 No. 82-86, Of. 403
Ed. Ocean Tower Business Center
Tel. (575) 385 4791 – 385 4682

Florencia, Caquetá
Carrera 9ª No. 8B -54
Edificio Las Peñas, piso 3
Barrio La Estrella

Mocoa, Putumayo
Calle 12, carrera 11 Esquina
Barrio Obrero

Medellín, Antioquia
Calle 7 No. 39-215, Of. 302
Ed. BBVA
Tel. (574) 268 2991

Neiva, Huila
Calle 21 No. 7B-24/30, 2° piso,
Ed. La Castellana, Barrio Quirinal
Tel. (578) 8716203 - 8712964

Quibdó, Chocó
Calle 21 No. 4-82, 1er piso
Barrio La Yesquita
Tel. (574) 671 3692

San Andrés de Tumaco, Nariño
Calle del Comercio, Sector Bucanero
Diagonal Manuel Grueso, 2° piso

San José de Cúcuta, Norte de Santander
Avenida 4E No.6-61
Barrio Sayago
Tel. (577) 577 4897 ext. 118

San Juan de Pasto, Nariño
Carrera 35A No. 18-87
Tel. (572) 731 3009

Santiago de Cali, Valle del Cauca
Avda. Roosevelt No. 25-32, Of. 204
Ed. San Joaquín
Tel. (572) 665 9924

Villavicencio, Meta
Carrera 32 No. 41–58/60, Of. 202
Central de Oficinas, Parque Infantil
Tel. (578) 6645487

www.hchr.org.co
twitter.com/ONUHumanRights

facebook.com/onudhcolombia
quejas@hchr.org.co

NACIONES UNIDAS
DERECHOS HUMANOS
OFICINA DEL ALTO COMISIONADO
Colombia

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

DECLARACIÓN de las Naciones Unidas sobre los DERECHOS de los PUEBLOS INDÍGENAS



Naciones Unidas

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas

Resolución aprobada por la Asamblea General

[*sin remisión previa a una Comisión Principal (A/61/L.67 y Add.1)*]

61/295. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas

La Asamblea General,

Tomando nota de la recomendación que figura en la resolución 1/2 del Consejo de Derechos Humanos, de 29 de junio de 2006[1], en la que el Consejo aprobó el texto de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas,

Recordando su resolución 61/178, de 20 de diciembre de 2006, en la que decidió aplazar el examen y la adopción de medidas sobre la Declaración a fin de disponer de más tiempo para seguir celebrando consultas al respecto, y decidió también concluir su examen de la Declaración antes de que terminase el sexagésimo primer período de sesiones,

Aprueba la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas que figura en el anexo de la presente resolución.

107a. sesión plenaria
13 de septiembre de 2007

Anexo

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas

La Asamblea General,

Guiada por los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y la buena fe en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados de conformidad con la Carta,

Afirmando que los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos y reconociendo al mismo tiempo el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales,

---

1 Véase *Documentos Oficiales de la Asamblea General, sexagésimo primer período de sesiones, Suplemento No. 53* (A/61/53), primera parte, cap. II, secc. A.

Afirmando también que todos los pueblos contribuyen a la diversidad y riqueza de las civilizaciones y culturas, que constituyen el patrimonio común de la humanidad,

Afirmando además que todas las doctrinas, políticas y prácticas basadas en la superioridad de determinados pueblos o individuos o que la propugnan aduciendo razones de origen nacional o diferencias raciales, religiosas, étnicas o culturales son racistas, científicamente falsas, jurídicamente inválidas, moralmente condenables y socialmente injustas,

Reafirmando que, en el ejercicio de sus derechos, los pueblos indígenas deben estar libres de toda forma de discriminación,

Preocupada por el hecho de que los pueblos indígenas han sufrido injusticias históricas como resultado, entre otras cosas, de la colonización y de haber sido desposeídos de sus tierras, territorios y recursos, lo que les ha impedido ejercer, en particular, su derecho al desarrollo de conformidad con sus propias necesidades e intereses,

Reconociendo la urgente necesidad de respetar y promover los derechos intrínsecos de los pueblos indígenas, que derivan de sus estructuras políticas, económicas y sociales y de sus culturas, de sus tradiciones espirituales, de su historia y de su filosofía, especialmente los derechos a sus tierras, territorios y recursos,

Reconociendo también la urgente necesidad de respetar y promover los derechos de los pueblos indígenas afirmados en tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos con los Estados,

Celebrando que los pueblos indígenas se estén organizando para promover su desarrollo político, económico, social y cultural y para poner fin a todas las formas de discriminación y opresión dondequiera que ocurran,

Convencida de que si los pueblos indígenas controlan los acontecimientos que los afecten a ellos y a sus tierras, territorios y recursos podrán mantener y reforzar sus instituciones, culturas y tradiciones y promover su desarrollo de acuerdo con sus aspiraciones y necesidades,

Reconociendo que el respeto de los conocimientos, las culturas y las prácticas tradicionales indígenas contribuye al desarrollo sostenible y equitativo y a la ordenación adecuada del medio ambiente,

Destacando la contribución de la desmilitarización de las tierras y territorios de los pueblos indígenas a la paz, el progreso y el desarrollo económicos y sociales, la comprensión y las relaciones de amistad entre las naciones y los pueblos del mundo,

Reconociendo en particular el derecho de las familias y comunidades indígenas a seguir compartiendo la responsabilidad por la crianza, la formación, la educación y el bienestar de sus hijos, en consonancia con los derechos del niño,

Considerando que los derechos afirmados en los tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos entre los Estados y los pueblos indígenas son, en algunas situaciones, asuntos de preocupación, interés, responsabilidad y carácter internacional,

Considerando también que los tratados, acuerdos y demás arreglos constructivos, y las relaciones que representan, sirven de base para el fortalecimiento de la asociación entre los pueblos indígenas y los Estados,

Reconociendo que la Carta de las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[2] y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos[2], así como la Declaración y el Programa de Acción de Viena[3] afirman la importancia fundamental del derecho de todos los pueblos a la libre determinación, en virtud del cual éstos determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural,

Teniendo presente que nada de lo contenido en la presente Declaración podrá utilizarse para negar a ningún pueblo su derecho a la libre determinación, ejercido de conformidad con el derecho internacional,

Convencida de que el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en la presente Declaración fomentará las relaciones armoniosas y de cooperación entre los Estados y los pueblos indígenas, basadas en los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la no discriminación y la buena fe,

Alentando a los Estados a que respeten y cumplan eficazmente todas sus obligaciones para con los pueblos indígenas dimanantes de los instrumentos internacionales, en particular las relativas a los

2 Véase la resolución 2200 A (XXI), anexo.

3 A/CONF.157/24 (Part I), cap. III.

derechos humanos, en consulta y cooperación con los pueblos interesados,

Destacando que corresponde a las Naciones Unidas desempeñar un papel importante y continuo de promoción y protección de los derechos de los pueblos indígenas,

Estimando que la presente Declaración constituye un nuevo paso importante hacia el reconocimiento, la promoción y la protección de los derechos y las libertades de los pueblos indígenas y en el desarrollo de actividades pertinentes del sistema de las Naciones Unidas en esta esfera,

Reconociendo y reafirmando que los indígenas tienen sin discriminación todos los derechos humanos reconocidos en el derecho internacional, y que los pueblos indígenas poseen derechos colectivos que son indispensables para su existencia, bienestar y desarrollo integral como pueblos,

Reconociendo que la situación de los pueblos indígenas varía de región en región y de país a país y que se debe tener en cuenta la significación de las particularidades nacionales y regionales y de las diversas tradiciones históricas y culturales,

Proclama solemnemente la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, cuyo texto figura a continuación, como ideal común que debe perseguirse en un espíritu de solidaridad y respeto mutuo:

Artículo 1

Los indígenas tienen derecho, como pueblos o como individuos, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos[4] y las normas internacionales de derechos humanos.

Artículo 2

Los pueblos y los individuos indígenas son libres e iguales a todos los demás pueblos y personas y tienen derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos, en particular la fundada en su origen o identidad indígenas.

4 Resolución 217 A (III).

Artículo 3

Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural.

Artículo 4

Los pueblos indígenas, en ejercicio de su derecho a la libre determinación, tienen derecho a la autonomía o al autogobierno en las cuestiones relacionadas con sus asuntos internos y locales, así como a disponer de medios para financiar sus funciones autónomas.

Artículo 5

Los pueblos indígenas tienen derecho a conservar y reforzar sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales, manteniendo a la vez su derecho a participar plenamente, si lo desean, en la vida política, económica, social y cultural del Estado.

Artículo 6

Toda persona indígena tiene derecho a una nacionalidad.

Artículo 7

1. Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona.

2. Los pueblos indígenas tienen el derecho colectivo a vivir en libertad, paz y seguridad como pueblos distintos y no serán sometidos a ningún acto de genocidio ni a ningún otro acto de violencia, incluido el traslado forzado de niños del grupo a otro grupo.

Artículo 8

1. Los pueblos y los individuos indígenas tienen derecho a no ser sometidos a una asimilación forzada ni a la destrucción de su cultura.

2. Los Estados establecerán mecanismos eficaces para la prevención y el resarcimiento de:

a) Todo acto que tenga por objeto o consecuencia privarlos de su integridad como pueblos distintos o de sus valores culturales o su identidad étnica;

b) Todo acto que tenga por objeto o consecuencia desposeerlos de sus tierras, territorios o recursos;

c) Toda forma de traslado forzado de población que tenga por objeto o consecuencia la violación o el menoscabo de cualquiera de sus derechos;

d) Toda forma de asimilación o integración forzada;

e) Toda forma de propaganda que tenga como fin promover o incitar a la discriminación racial o étnica dirigida contra ellos.

Artículo 9

Los pueblos y los individuos indígenas tienen derecho a pertenecer a una comunidad o nación indígena, de conformidad con las tradiciones y costumbres de la comunidad o nación de que se trate. Del ejercicio de ese derecho no puede resultar discriminación de ningún tipo.

Artículo 10

Los pueblos indígenas no serán desplazados por la fuerza de sus tierras o territorios. No se procederá a ningún traslado sin el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas interesados, ni sin un acuerdo previo sobre una indemnización justa y equitativa y, siempre que sea posible, la opción del regreso.

Artículo 11

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a practicar y revitalizar sus tradiciones y costumbres culturales. Ello incluye el derecho a mantener, proteger y desarrollar las manifestaciones pasadas, presentes y futuras de sus culturas, como lugares arqueológicos e históricos, objetos, diseños, ceremonias, tecnologías, artes visuales e interpretativas y literaturas.

2. Los Estados proporcionarán reparación por medio de mecanismos eficaces, que podrán incluir la restitución, establecidos conjuntamente con los pueblos indígenas, respecto de los bienes culturales, intelectuales, religiosos y espirituales de que hayan sido privados sin su consentimiento libre, previo e informado o en violación de sus leyes, tradiciones y costumbres.

Artículo 12

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a manifestar, practicar, desarrollar y enseñar sus tradiciones, costumbres y ceremonias espirituales y religiosas; a mantener y proteger sus lugares religiosos y

culturales y a acceder a ellos privadamente; a utilizar y controlar sus objetos de culto, y a obtener la repatriación de sus restos humanos.

2. Los Estados procurarán facilitar el acceso y/o la repatriación de objetos de culto y de restos humanos que posean mediante mecanismos justos, transparentes y eficaces establecidos conjuntamente con los pueblos indígenas interesados.

Artículo 13

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a revitalizar, utilizar, fomentar y transmitir a las generaciones futuras sus historias, idiomas, tradiciones orales, filosofías, sistemas de escritura y literaturas, y a atribuir nombres a sus comunidades, lugares y personas, así como a mantenerlos.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para asegurar la protección de ese derecho y también para asegurar que los pueblos indígenas puedan entender y hacerse entender en las actuaciones políticas, jurídicas y administrativas, proporcionando para ello, cuando sea necesario, servicios de interpretación u otros medios adecuados.

Artículo 14

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a establecer y controlar sus sistemas e instituciones docentes que impartan educación en sus propios idiomas, en consonancia con sus métodos culturales de enseñanza y aprendizaje.

2. Los indígenas, en particular los niños, tienen derecho a todos los niveles y formas de educación del Estado sin discriminación.

3. Los Estados adoptarán medidas eficaces, conjuntamente con los pueblos indígenas, para que las personas indígenas, en particular los niños, incluidos los que viven fuera de sus comunidades, tengan acceso, cuando sea posible, a la educación en su propia cultura y en su propio idioma.

Artículo 15

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a que la dignidad y diversidad de sus culturas, tradiciones, historias y aspiraciones queden debidamente reflejadas en la educación y la información pública.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas interesados, para combatir los prejuicios y eliminar la discriminación y promover la tolerancia, la com-

prensión y las buenas relaciones entre los pueblos indígenas y todos los demás sectores de la sociedad.

Artículo 16

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a establecer sus propios medios de información en sus propios idiomas y a acceder a todos los demás medios de información no indígenas sin discriminación.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para asegurar que los medios de información públicos reflejen debidamente la diversidad cultural indígena. Los Estados, sin perjuicio de la obligación de asegurar plenamente la libertad de expresión, deberán alentar a los medios de información privados a reflejar debidamente la diversidad cultural indígena.

Artículo 17

1. Los individuos y los pueblos indígenas tienen derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos establecidos en el derecho laboral internacional y nacional aplicable.

2. Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, tomarán medidas específicas para proteger a los niños indígenas contra la explotación económica y contra todo trabajo que pueda resultar peligroso o interferir en la educación de los niños, o que pueda ser perjudicial para la salud o el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social de los niños, teniendo en cuenta su especial vulnerabilidad y la importancia de la educación para empoderarlos.

3. Las personas indígenas tienen derecho a no ser sometidas a condiciones discriminatorias de trabajo y, entre otras cosas, de empleo o salario.

Artículo 18

Los pueblos indígenas tienen derecho a participar en la adopción de decisiones en las cuestiones que afecten a sus derechos, por conducto de representantes elegidos por ellos de conformidad con sus propios procedimientos, así como a mantener y desarrollar sus propias instituciones de adopción de decisiones.

Artículo 19

Los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fe con los pueblos indígenas interesados por medio de sus instituciones repre-

sentativas antes de adoptar y aplicar medidas legislativas o administrativas que los afecten, a fin de obtener su consentimiento libre, previo e informado.

Artículo 20

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y desarrollar sus sistemas o instituciones políticos, económicos y sociales, a disfrutar de forma segura de sus propios medios de subsistencia y desarrollo, y a dedicarse libremente a todas sus actividades económicas tradicionales y de otro tipo.

2. Los pueblos indígenas desposeídos de sus medios de subsistencia y desarrollo tienen derecho a una reparación justa y equitativa.

Artículo 21

1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.

Artículo 22

1. En la aplicación de la presente Declaración se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.

2. Los Estados adoptarán medidas, conjuntamente con los pueblos indígenas, para asegurar que las mujeres y los niños indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación.

Artículo 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar

activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

Artículo 25

Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y fortalecer su propia relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros y otros recursos que tradicionalmente han poseído u ocupado y utilizado y a asumir las responsabilidades que a ese respecto les incumben para con las generaciones venideras.

Artículo 26

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a las tierras, territorios y recursos que tradicionalmente han poseído, ocupado o utilizado o adquirido.

2. Los pueblos indígenas tienen derecho a poseer, utilizar, desarrollar y controlar las tierras, territorios y recursos que poseen en razón de la propiedad tradicional u otro tipo tradicional de ocupación o utilización, así como aquellos que hayan adquirido de otra forma.

3. Los Estados asegurarán el reconocimiento y protección jurídicos de esas tierras, territorios y recursos. Dicho reconocimiento respetará debidamente las costumbres, las tradiciones y los sistemas de tenencia de la tierra de los pueblos indígenas de que se trate.

Artículo 27

Los Estados establecerán y aplicarán, conjuntamente con los pueblos indígenas pertinentes, un proceso equitativo, independiente, imparcial, abierto y transparente, en el que se reconozcan debidamente las leyes, tradiciones, costumbres y sistemas de tenencia de la tierra de los pueblos indígenas, para reconocer y adjudicar los derechos de los pueblos indígenas en relación con sus tierras, territorios y recursos, comprendidos aquellos que tradicionalmente han poseído u ocupado o utilizado. Los pueblos indígenas tendrán derecho a participar en este proceso.

Artículo 28

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a la reparación, por medios que pueden incluir la restitución o, cuando ello no sea posible, una indemnización justa y equitativa por las tierras, los territorios y los recursos que tradicionalmente hayan poseído u ocupado o utilizado y que hayan sido confiscados, tomados, ocupados, utilizados o dañados sin su consentimiento libre, previo e informado.

2. Salvo que los pueblos interesados hayan convenido libremente en otra cosa, la indemnización consistirá en tierras, territorios y recursos de igual calidad, extensión y condición jurídica o en una indemnización monetaria u otra reparación adecuada.

Artículo 29

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras o territorios y recursos. Los Estados deberán establecer y ejecutar programas de asistencia a los pueblos indígenas para asegurar esa conservación y protección, sin discriminación.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para asegurar que no se almacenen ni eliminen materiales peligrosos en las tierras o territorios de los pueblos indígenas sin su consentimiento libre, previo e informado.

3. Los Estados también adoptarán medidas eficaces para asegurar, según sea necesario, que se apliquen debidamente programas de control, mantenimiento y restablecimiento de la salud de los pueblos indígenas afectados por esos materiales, programas que serán elaborados y ejecutados por esos pueblos.

Artículo 30

1. No se desarrollarán actividades militares en las tierras o territorios de los pueblos indígenas, a menos que lo justifique una razón de interés público pertinente o que se haya acordado libremente con los pueblos indígenas interesados, o que éstos lo hayan solicitado.

2. Los Estados celebrarán consultas eficaces con los pueblos indígenas interesados, por los procedimientos apropiados y en particular por medio de sus instituciones representativas, antes de utilizar sus tierras o territorios para actividades militares.

Artículo 31

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales.

2. Conjuntamente con los pueblos indígenas, los Estados adoptarán medidas eficaces para reconocer y proteger el ejercicio de estos derechos.

Artículo 32

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar las prioridades y estrategias para el desarrollo o la utilización de sus tierras o territorios y otros recursos.

2. Los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fe con los pueblos indígenas interesados por conducto de sus propias instituciones representativas a fin de obtener su consentimiento libre e informado antes de aprobar cualquier proyecto que afecte a sus tierras o territorios y otros recursos, particularmente en relación con el desarrollo, la utilización o la explotación de recursos minerales, hídricos o de otro tipo.

3. Los Estados proveerán mecanismos eficaces para la reparación justa y equitativa por cualquiera de esas actividades, y se adoptarán

medidas adecuadas para mitigar las consecuencias nocivas de orden ambiental, económico, social, cultural o espiritual.

Artículo 33

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar su propia identidad o pertenencia conforme a sus costumbres y tradiciones. Ello no menoscaba el derecho de las personas indígenas a obtener la ciudadanía de los Estados en que viven.

2. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar las estructuras y a elegir la composición de sus instituciones de conformidad con sus propios procedimientos.

Artículo 34

Los pueblos indígenas tienen derecho a promover, desarrollar y mantener sus estructuras institucionales y sus propias costumbres, espiritualidad, tradiciones, procedimientos, prácticas y, cuando existan, costumbres o sistemas jurídicos, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.

Artículo 35

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar las responsabilidades de los individuos para con sus comunidades.

Artículo 36

1. Los pueblos indígenas, en particular los que están divididos por fronteras internacionales, tienen derecho a mantener y desarrollar los contactos, las relaciones y la cooperación, incluidas las actividades de carácter espiritual, cultural, político, económico y social, con sus propios miembros, así como con otros pueblos, a través de las fronteras.

2. Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán medidas eficaces para facilitar el ejercicio y asegurar la aplicación de este derecho.

Artículo 37

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a que los tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos concertados con los Estados o sus sucesores sean reconocidos, observados y aplicados y a que los Estados acaten y respeten esos tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos.

2. Nada de lo contenido en la presente Declaración se interpretará en el sentido de que menoscaba o suprime los derechos de los pueblos indígenas que figuren en tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos.

Artículo 38

Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, para alcanzar los fines de la presente Declaración.

Artículo 39

Los pueblos indígenas tienen derecho a recibir asistencia financiera y técnica de los Estados y por conducto de la cooperación internacional para el disfrute de los derechos enunciados en la presente Declaración.

Artículo 40

Los pueblos indígenas tienen derecho a procedimientos equitativos y justos para el arreglo de conflictos y controversias con los Estados u otras partes, y a una pronta decisión sobre esas controversias, así como a una reparación efectiva de toda lesión de sus derechos individuales y colectivos. En esas decisiones se tendrán debidamente en consideración las costumbres, las tradiciones, las normas y los sistemas jurídicos de los pueblos indígenas interesados y las normas internacionales de derechos humanos.

Artículo 41

Los órganos y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales contribuirán a la plena aplicación de las disposiciones de la presente Declaración mediante la movilización, entre otras cosas, de la cooperación financiera y la asistencia técnica. Se establecerán los medios de asegurar la participación de los pueblos indígenas en relación con los asuntos que les conciernan.

Artículo 42

Las Naciones Unidas, sus órganos, incluido el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, y los organismos especializados, incluso a nivel local, así como los Estados, promoverán el respeto y la plena aplicación de las disposiciones de la presente Declaración y velarán por su eficacia.

Artículo 43

Los derechos reconocidos en la presente Declaración constituyen las normas mínimas para la supervivencia, la dignidad y el bienestar de los pueblos indígenas del mundo.

Artículo 44

Todos los derechos y las libertades reconocidos en la presente Declaración se garantizan por igual al hombre y a la mujer indígenas.

Artículo 45

Nada de lo contenido en la presente Declaración se interpretará en el sentido de que menoscaba o suprime los derechos que los pueblos indígenas tienen en la actualidad o puedan adquirir en el futuro.

Artículo 46

1. Nada de lo contenido en la presente Declaración se interpretará en el sentido de que confiere a un Estado, pueblo, grupo o persona derecho alguno a participar en una actividad o realizar un acto contrarios a la Carta de las Naciones Unidas, ni se entenderá en el sentido de que autoriza o alienta acción alguna encaminada a quebrantar o menoscabar, total o parcialmente, la integridad territorial o la unidad política de Estados soberanos e independientes.

2. En el ejercicio de los derechos enunciados en la presente Declaración, se respetarán los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos. El ejercicio de los derechos establecidos en la presente Declaración estará sujeto exclusivamente a las limitaciones determinadas por la ley y con arreglo a las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Esas limitaciones no serán discriminatorias y serán sólo las estrictamente necesarias para garantizar el reconocimiento y respeto debidos a los derechos y las libertades de los demás y para satisfacer las justas y más apremiantes necesidades de una sociedad democrática.

3. Las disposiciones enunciadas en la presente Declaración se interpretarán con arreglo a los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la igualdad, la no discriminación, la buena gobernanza y la buena fe.



Naciones Unidas

Publicado por las Naciones Unidas

07-58684—Marzo de 2008—3,000

JIWISIKUANITSI WAJANAKUA LIWAISINAMUTO

PLAN SALVAGUARDA SIKUANI

DOCUMENTO PLAN SALVAGUARDA DEL PUEBLO INDIGENA SIKUANI DE LOS LLANOS ORIENTALES DE COLOMBIA

DEPARTAMENTOS:
ARAUCA, GUAINIA, META Y VICHADA

Convenio número 133 de 2012 entre Ministerio del Interior y la Organización Nacional Indígena de Colombia

VILLAVICENCIO, 19, 20 y 21 de Junio de 2013

ORGANIZACIÓN NACIONAL INDIGENA DE COLOMBIA (ONIC)

LUIS EVELIS ANDRADE
Consejero Mayor (Enero de 2008-Diciembre de 2012)

JAVIER ALEXANDER SANCHEZ REYES
Consejero Territorio, Naturaleza y Biodiversidad
(Enero de 2008-Diciembre de 2012)

MINISTERIO DEL INTERIOR

GERMAN VARGAS LLERAS
Ministro

Director Asuntos Indígenas, Minorías y Room
PEDRO SANTIAGO POSADA ARANGO

NATALIA FRANCO
Interventora

EQUIPO POLÍTICO DEL PUEBLO SIKUANI

COORDINADOR GENERAL: JAVIER ALEXANDER SANCHEZ REYES
COORDINADORES DEPARTAMENTALES:
LUIS ALFREDO CEDEÑO (ARAUCA)
REINALDO MARCHENA (GUAINIA)
ALADINO YEPEZ GAITAN (META)
JORGE VARGAS (VICHADA)

Equipo Profesional y Técnico

ARAUCA
ALEXIS PEREZ (SABIO)
STELLA PEREZ (DIGITALIZADORA)
MARCELA CRUZ (ABOGADA)
JOSE FERNANDO DUQUE (ANTROPOLOGO)

GUAINIA
HERNANDO MARCHENA (SABIO)
LUZ ARELY GAITÁN (DIGITALIZADORA)
JOSE LUIS QUIROGA (AGOGADO)
LUIS GUILLERMO IZQUIERDO (SOCIOLOGO)

META
PABLO EMILIO GAITAN (SABIO)
JOHANA URREA R (DIGITALIZADORA)
JAIME ALVAREZ (SOCIOLOGO)

VICHADA
HERNANDO SANCHEZ (SABIO)
ALBEIRO BELTRAN (DIGITALIZADOR)
CARLOS COLINA (LIC EN FILOSOFIA Y LETRAS)
LISETH QUIROGA (ABOGADA)

Equipo Profesional Transversal

NEYIRETH PEREZ (ECONOMISTA)
LAURA VICTORIA RIVAS ORTIZ (HISTORIADORA)
STELLA PONARE (PROFESIONAL DE LA SALUD)
HECTOR MARIN (FOTOGRAFO)
FERNANDO A. FIGUEREDO B (TOPOGRAFO)
YUDY CHAVARRO (CONTADORA)

Apoyo Técnico y Profesional
Nelson Villafañe (Abogado)
Camilo Torres (Abogado)

Colaboradores:

ROSALBA JIMENEZ
Experta Sikuani

Contenido

INTRODUCCIÓN 7

CAPITULO 1. GENERALIDADES DEL CONTEXTO REGIONAL 9

1.1 CONTEXTO TERRITORIAL 9

1.1.1 Contexto Territorio Ancestral Indígena de la Orinoquía 15

1.2 CONTEXTO ECONOMICO 19

1.3 CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRAFICO 24

1.3.1 Población Indígena Sikuani por Departamento 26

CAPITULO 2 CONCEPTUALIZACIÓN 37

2.1 PLAN SALVAGUARDA 37

2.2 SOMOS UN PUEBLO CULTURALMENTE DIFERENTE (ENFOQUE DIFERENCIAL) 38

2.3. Derecho Propio Mayor. Ley de Origen 47

2.4. DERECHO ORDINARIO CON RELACIÓN A LOS PUEBLOS INDÍGENAS. 50

2.4.1. Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos (Argel, Julio 4 de 1976)…… 50

2.4.2. Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo 51

2.4.3. Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas 53

2.4.4. Constitución Política de Colombia, 1991 55

2.4.5. Sentencia T-025 de 2004 56

2.4.6. Auto 004 de 2009 57

2.4.7. Programa de Garantías 58

2.4.8. Decreto 4633 de 2011. Ley de Víctimas 59

2.4.9. Ley 1450: Acuerdos del Plan Nacional De Desarrollo PND concertados con los pueblos indígenas 60

2.4.10. Jurisdicción especial indígena 61

2.4.11. Sentencia T-713 de 2011 62

2.5. PAKUENIA WAJALIWAISI NAMUTO NAJETARUKA WAJAJINAWANAPAE NAKUATA 66

CAPITULO 3 AUTO-RECONOCIMIENTO 82

3.1. PERVIVENCIA 83

3.1.1. Autonomía y gobierno propio 83

3.1.2 Salud y bienestar social 91
3.1.3 Educación e identidad cultural 99
3.2 TRANSVERSALES 114
3.2.1 Derechos Humanos 114
3.2.2 Mujer, familia y generación 127
3.3 SUPERVIVENCIA 134
3.3.1 Territorio, ambiente y naturaleza 134
3.3.2 Economía, producción y soberanía alimentaria 141
CAPITULO 4. JIWISIKUANITSI WAJA NAKUA LIWAISI NAMUTO EL CAMINO PARA NUESTRAS FUTURAS GENERACIONES 153
4.1. DIMENSIONES ESTRATÉGICAS DEL PLAN SALVAGUARDA SIKUANI 153
4.2. **OBJETIVOS** 154
4.2.1 General 154
4.2.2 Específicos 154
4.3 PRINCIPIOS DEL PLAN SALVAGUARDA 156
4.3. FUNDAMENTOS DEL PLAN SALVAGURADA 156
4.4. EJES PROSPECTIVOS DEL PLAN 157
4.4.1. Autonomía y Gobierno Propio 157
4.4.2. Salud y bienestar social 160
4.4.3. Educación e identidad cultural 165
4.4.4. Derechos humanos 168
4.4.5. Mujer familia y generación 170
4.4.6. Territorio, ambiente y naturaleza 173
4.4.7. Economía, producción y soberanía alimentaria 175
CAPITULO 5. PLAN A SEGUIR 178
CONCLUSIONES 180
BIBLIOGRAFÍA 183

ANEXOS **188**

C

Cuadro 1: Familias y subgrupos indígenas de los Llanos Orientales de Colombia. 16

G

Gráfico 1. Pueblo *Sikuani*. Distribución de la población por sexo y grupos quinquenales de edad, de los departamentos Meta. Vichada, Arauca, Guainía y Casanare) 27
Gráfico 10. % de Resguardos con Tierras Inundables 148
Gráfico 11. % de resguardos por número de especies menores 149
Gráfico 13. Tipo de dificultades para ingresar al mercado local 151
Gráfico 15. Discriminación laboral a indígenas 152
Gráfico 2: Pirámide Poblacional Pueblo Sikuani Asentado en la Rivera del Guaviare Departamento Del Guainía 2012. 30
Grafico 3. Población indígena Originarios Vichada 37
Grafico 5. Componentes y Ejes 83
Gráfico 6. Contratación de Mano Adicional en los Conucos 145
Gráfico 7. Disponibilidad de Bienes y Recursos en los resguardos 145
Gráfico 8. Asistencia Técnica en los resguardos 147
Gráfico 9. Cultivo más representativo en los conucos 147
Gráfico. 4 Exterminio Físico y Cultural del Pueblo Sikuani 69

M

Mapa 1. Región de la Orinoquía Colombiana. 10
Mapa 2. Departamento de Arauca y la Población Indígena 11
Mapa 4. Municipio de Puerto Gaitán y la Población Indígena 13
Mapa 5. Municipio de Cumaribo y la Población Indígena 15
Mapa 6. Territorio Ancestral 17

T

Tabla 1. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del Municipio. 24
Tabla 10. CASOS DE DESPLAZAMIENTO. 121
Tabla 11. CASOS DE HOMICIDIOS 122
Tabla 12. CASOS DE RECLUTAMIENTO. 124
Tabla 13. CASOS DE AMENAZAS Y RETENCIONES 126
Tabla 14. CASOS DE DESAPARICION. 127
Tabla 15. Porcentaje de resguardos por número de hectáreas destinadas por tipo de cultivos 148
Tabla 2. Pueblo Sikuani, distribución de la población por sexo y grupos quinquenales de edad. 26
Tabla 3. Población Sikuani del departamento de Arauca 28
Tabla 5. Población Indígena por Resguardo y Pueblo. Meta 32
Tabla 6. Distribución de la población infantil indígena en el municipio. 33
Tabla 7. Población Sikuani por Resguardos, Asentamientos y Municipios Departamento del Vichada. 34
Tabla 8. Establecimientos Educativos por Departamentos 106
Tabla 9. Matricula por Departamento 111
Tabla Nº 4. Población Sikuani Resguardos Rio Guaviare 2012 29

INTRODUCCIÓN

La honorable Corte Constitucional, en enero de 2009, ordenó la Formulación de un Plan de Salvaguarda Étnica para 34 Pueblos Indígenas, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucional del Auto 004 de 2009 que busca la protección de los derechos fundamentales de los pueblos que han sido afectados a causa del desplazamiento generado por el conflicto armado.

En diciembre de 2011 las autoridades, docentes, chamanes, mayores, mujeres y dirigentes del Pueblo Sikuani de los departamentos de Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta y Vichada se reunieron, en lo que han definido como la capital del Pueblo Sikuani -que hoy se conoce como el municipio más grande de Colombia-. En Cumaribo-Vichada todos y todas las asistentes vieron la necesidad de formular lo que debería ser su camino de pervivencia y supervivencia. Esta inmensa responsabilidad delegada en 5 compañeros Sikuani, debería contar con la orientación de los sabios y mayores que desde la concepción y los principios del Pensamiento Sikuani tenían la misión de concretar las propuestas para garantizar la pervivencia del pueblo.

El Plan de Salvaguarda Sikuani “Jiwi Sikuanitsi WajaNakua LiwaisiNamuto” tuvo en cuenta los principios y fundamentos del pueblo; que igualmente estuvieron presentes en las etapas de concertación e implementación del mismo, con el fin de consolidar una política de atención diferencial, consultada y coordinada entre autoridades indígenas y representantes del estado. Siempre teniendo presente que el Plan de Salvaguarda debería dinamizar, proteger y reconstruir permanentemente estrategias de resistencia y fortalecimiento de nuestra pervivencia y supervivencia como Pueblo milenario.

El Gran Pueblo de los Llanos Orientales intenta poner de manifiesto que no está en peligro de exterminio físico y cultural solo a causa del desplazamiento originado por el conflicto armado de los últimos años. Se quiere evidenciar que los Sikuani tienen tatuada en la memoria y costumbres la condición de desplazamiento que en el transcurrir de los años, inclusive de los siglos ha tomado modalidades diferentes y por las cuales tanto el gobierno como la sociedad en general, están en deuda histórica con los Sikuani.

En este camino recorrido se evidencia una realidad que la mayoría no conoce, aunque literatos e historiadores han dado constancia de esta circunstancia. La evangelización, las Guahibiadas, la hoy intervención de los territorios por la agroindustria, la explotación de hidrocarburos, la presencia de grupos armados ilegales, narcotráfico y la minería son apenas algunas de las dificultades que se padecen.

Para la formulación del Plan de Salvaguarda Étnica “Jiwi Sikuanitsi WajaNakua LiwaisiNamuto” se parte desde una perspectiva participativa y activa de las comunidades, pues son los destinatarios y los hacedores de las pautas que van a regir la vida social, cultural, económica y política colectiva de todas las comunidades.

Inicialmente se realizó la Asamblea de Instalación en el municipio de Puerto Gaitán (Meta) para informar la metodología, la agenda y presentar el equipo técnico y político que apoyaría en la sistematización del auto reconocimiento y las propuestas del plan. Se plantearon encuentros comunitarios en todos los departamentos, para luego validar el diagnóstico y la propuesta en asambleas departamentales y finalizar en un gran encuentro Regional del Pueblo Sikuani en la ciudad de Villavicencio, donde se legitimó el documento que se presentó al gobierno nacional.

En todo momento, la intervención se adelantó al amparo de los lineamientos de la Investigación Acción Participación – IAP, lo cual implica un reconocimiento permanente del otro como sujeto y no como objeto de la investigación, suponiendo con ello una horizontalidad permanente en el proceso de construcción comunitaria del conocimiento.

Así mismo, los talleres fueron diseñados desde dos perspectivas: la primera, de acuerdo a las medidas estipuladas en el auto 004 sobre la prevención y atención a causa del desplazamiento forzado, que aunque se evidencia en todos los ejes trabajados, se enfatiza en el eje transversal de Derechos Humanos. Y la segunda, de acuerdo a otros tipos de desplazamiento que no solo es causado por el conflicto armado sino por causas como la exploración y explotación de los territorios, entre otras. Es decir, en el auto-reconocimiento se identificaron todo tipo de afectaciones que están poniendo en riesgo la pervivencia y supervivencia del pueblo Sikuani.

Finalmente, en todo momento se tuvo el acompañamiento y la orientación de los mayores, de los sabios que compartieron su palabra, su experiencia y conocimiento con nosotros y las comunidades.

CAPITULO 1. GENERALIDADES DEL CONTEXTO REGIONAL

1.1 CONTEXTO TERRITORIAL

La región de la Orinoquia, también conocida como “Los Llanos Orientales”, comprende el área del este de la Cordillera Oriental hasta los ríos Orinoco y Arauca, conformada por los departamentos de Arauca, Casanare, Meta y Vichada; con una extensión aproximada de 310.000 kilómetros cuadrados, lo que representa el 27% del territorio nacional de Colombia**.**

Territorialmente los Pueblos Indígenas originarios comparten un mismo territorio ancestral, así por ejemplo en el departamento del Vichada, de mayoría indígena, están distribuidos geográficamente por su pertenencia y ocupación territorial ancestral, que ha sido por cuencas hidrográficas. En el rio Orinoco Alto están los Sikuani, Puinaves, Piapocos y Piaroas. En el río Orinoco bajo, Sikuani, Piaroas, Sálibas y Amorua. En el río Meta están, los Sálibas, Amoruas y Sikuani. En el río Vichada, Sikuani y Piapoco. En el rio Guaviare están los Piapocos, Piaroas, Puinaves, Curripacos y Cubeos. En el río Muco, Sikuani y Piapoco. En el rio Tomo están los Sikuani y Amoruas. En el rio Tuparro, Sikuani, Piratapuyos, Cubeo y Piapoco. En el rio Uva y Cadá, Sikuani y Piapoco. En Laguna Negra y caño Anapo, Curripacos. En Laguna Cacao, Puinaves y Cubeos. En río Brazo Amanaven, Sikuani, Piaroas y Piapocos. Y en zona urbana de Cumaribo están los kichuas.

Mapa 1. Región de la Orinoquía Colombiana.

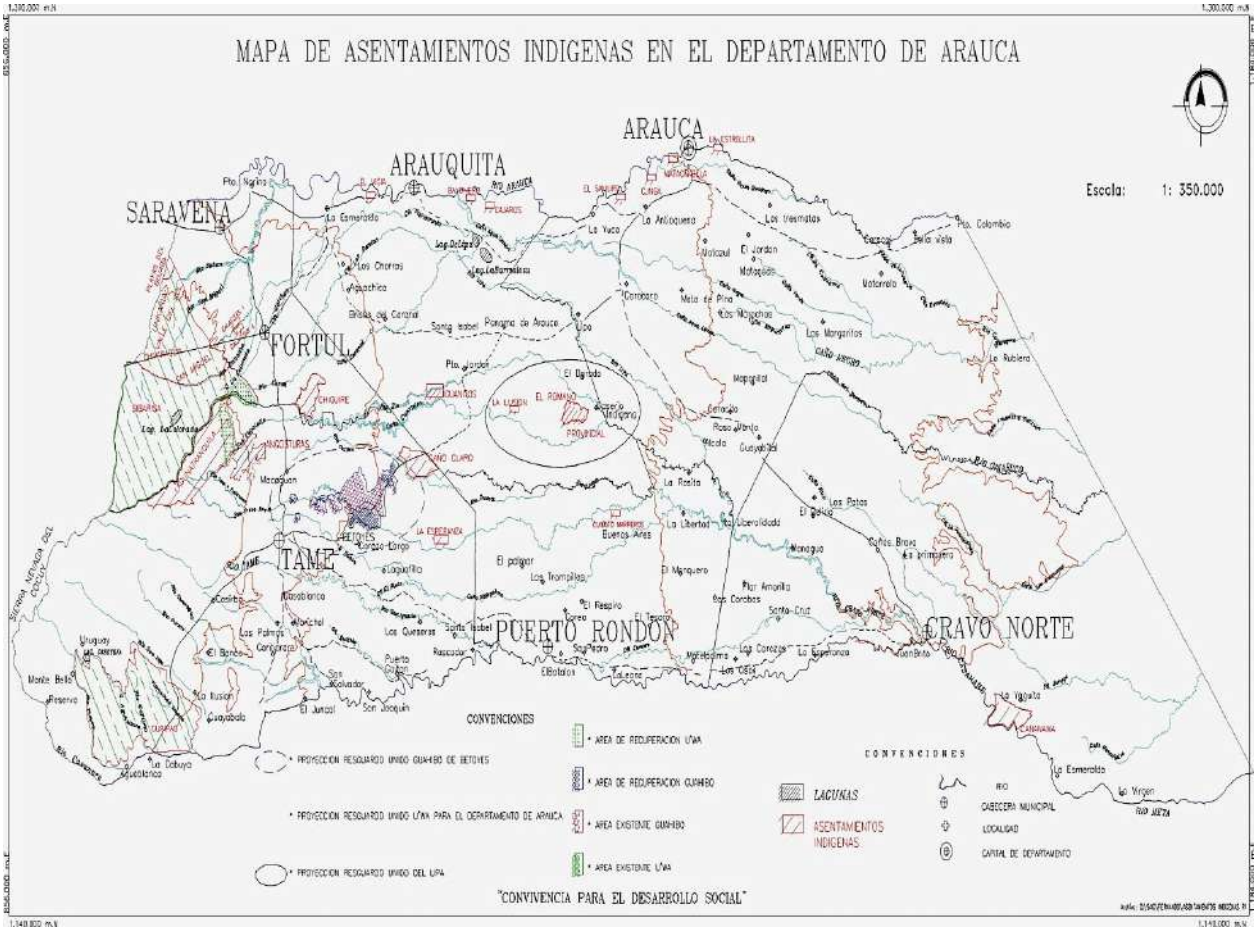


Fuente: Instituto Agustín Codazzi. 2008

Actualmente el mapa ancestral se ha transformado por nuevas estructuras administrativas del Gobierno en sus diferentes épocas. Entonces, a continuación se ubica al Pueblo Sikuani en los cuatro departamentos trabajados con la ONIC.

El departamento de **Arauca** se encuentra en el extremo oriental de la República de Colombia, situado al norte de la región de la Orinoquía. Cuenta con 23.818 Km², entre los ríos Casanare y Arauca, y una diversidad geográfica representada en tres zonas geográficas claramente definidas: cordillera, piedemonte y llanura. Limita al norte y al este con la República Bolivariana de Venezuela, frontera representada en 286 Km^2, de vecindad con el Estado de Apure; al oeste con el departamento de Boyacá y al sur con el departamento de Casanare. Cuenta con siete (7) municipios, cuatro sobre el piedemonte andino: Tame, Saravena, Fortul y Arauquita; y tres (3) en zonas de sabanas planas: Arauca (capital del Departamento), Puerto Rondón y Cravo Norte.

Mapa 2. Departamento de Arauca y la Población Indígena



Como unidad político-administrativa **Guainía** fue constituido como departamento el 04 de julio de 1991, cuenta con una capital departamental: Puerto Inírida, siete corregimientos (Barrancominas, Morichal Nuevo, Cacahual, Puerto Colombia, Campo Alegre, San Felipe, La Guadalupe) y nueve inspecciones. Demográficamente Puerto Inírida concentra un número significativo de personas dentro del cual la población indígena representa el 85%. Guainía limita con los Departamentos de Vichada a través del río Guaviare, Departamento de Guaviare, y la República de Venezuela. Como se describió anteriormente el pueblo indígena Sikuani representa un porcentaje importante de población dentro del contexto social, territorial y cultural, siendo el cuarto grupo poblacional con mayor porcentaje de habitantes.

Mapa 3. Departamento de Guainía y la Población Indígena



Fuente: Secretaría de Salud Departamental

El territorio es zona de resguardo indígena correspondiente al 97% del área total del territorio departamental, entre él están los 6 resguardos del pueblo Sikuani ubicados en la rivera del rio Guaviare y corresponden a Minitas- mirolindo, Pueblo Nuevo-Laguna Colorada, Arrecifal, Laguna Curvina-sapuara, Chigüiro y Carpintero –Palomas. Posee una gran riqueza hídrica con ríos barrosos de origen andino como el Guaviare y ríos negros debido a la presencia de ácidos húmicos de origen amazónico como el Inírida y el Atabapo, además existen incontables caños y ríos

menores que forman en conjunto una red fluvial la cual es base del sistema de transporte y comunicación en toda la extensión del territorio.

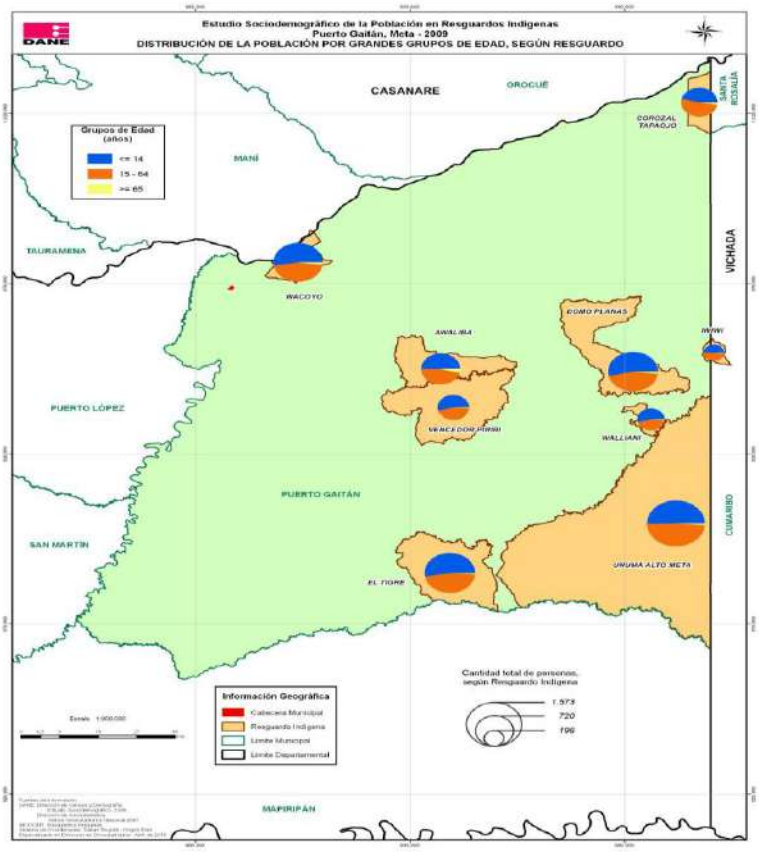
El departamento del **Meta** está situado en el centro del país en la denominada región de la Orinoquia al este de la cordillera oriental. Tiene un área de 85.770 kilómetros cuadrados con una población cercana a los 900.000 habitantes distribuidos en 29 municipios; su geografía comprende suelos de la cordillera oriental y grandes extensiones de sabana hacia el oriente surcadas por grandes ríos como el Meta, el Guayabero, el Ariari, el Manacacias, el Tillabá y el Planas, que forman parte de la cuenca del Orinoco; en su jurisdicción también se encuentran muchas lagunas, humedales y morichales que conforman ecosistemas estratégicos importantes.

El municipio de Puerto Gaitán es el cuarto Municipio más grande de Colombia y el segundo del Meta, se encuentra ubicado en las coordenadas 3° - 05 y 4° 08' Latitud Norte y 71°- 05 y 72° -30' Latitud Oeste. Tiene una superficie de 17.499 Kilómetros cuadrados y limita por el norte con el Departamento del Casanare; por el sur con los Municipios de Mapiripan y San Martín; por el oriente con el Departamento del Vichada y por el occidente con los Municipios de Puerto López y San Martín.

Tiene una altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar) de 149, una temperatura media: 28º C. Topográficamente comprende una extensa zona de estructura plana conocida como las Sabanas de la Altillanura, cuyo eje articulador principal es el Río Meta. El municipio es un rectángulo irregular delimitado por el Río Meta al norte, el Río Manacacias y el Río Yucao al occidente, el Río Iteviare al sur y al Oriente una línea recta imaginaria. Conforma el extremo nororiente del Departamento del Meta siendo uno de los Municipios más distantes de la ciudad capital Villavicencio, a la cual lo une una carretera de 189 kilómetros.

En cuanto a la ubicación de los resguardos indígenas en el municipio de Puerto Gaitán, hay que decir que la mayoría de la población indígena se encuentra en el suroriente en la zona donde termina la sabana y empieza la selva, por la presión que distintos actores han ejercido sobre el grupo. Sin embargo, para efectos administrativos, la organización UNUMA divide el territorio indígena del municipio en tres zonas: zona selva, los del sur que se ubican en las cabeceras del rio Uva y entre el rio Tillabá y el Teviare que comprende los resguardos del Tigre y Alto Unuma. Zona Planas que comprende los resguardos de Iwiwi, Walianae, Abaribá y Domo Planas y la zona del rio Meta que comprende los resguardos de WACOYO y Corozal Tapaojo, este último de las etnias sáliba y piapoco.

Mapa 4. Municipio de Puerto Gaitán y la Población Indígena



Fuente: DANE

El Departamento del **Vichada** es el segundo Departamento más grande de Colombia con una extensión territorial de 100.242 km2, el 8.7% del territorio Colombiano. Está ubicado al oriente de nuestro País, en la región de la Orinoquia, conformado por 4 Municipios (Puerto Carreño, Cumaribo, Santa Rosalía y la primavera) y 25 inspecciones. Limita al Norte: con el Rio Meta y los Departamentos de Casanare, Arauca y la Republica de Venezuela, al sur: con el rio Guaviare, por el Occidente: con los Departamentos del Meta y el Casanare y por el Oriente: con la república de Venezuela y el río Orinoco.

El departamento cuenta con cuatro Municipios: **Puerto Carreño** con una extensión de 12.409 km2 y una población de 14.522 habitantes, **Cumaribo** con una extensión 65.193 km2 y una población 32.664 habitantes (la mayoría son población indígena, corresponden al 50% del total de la población), **Santa Rosalía** con una extensión 2.018 km2 y una población de 3.592 habitantes y **La Primavera**

con una extensión 20.141km2 y una población 12.825 habitantes, para una población total de 65.282 habitantes en el Departamento, siendo el 0,14% de la población colombiana. (Proyección DANE, 2011)

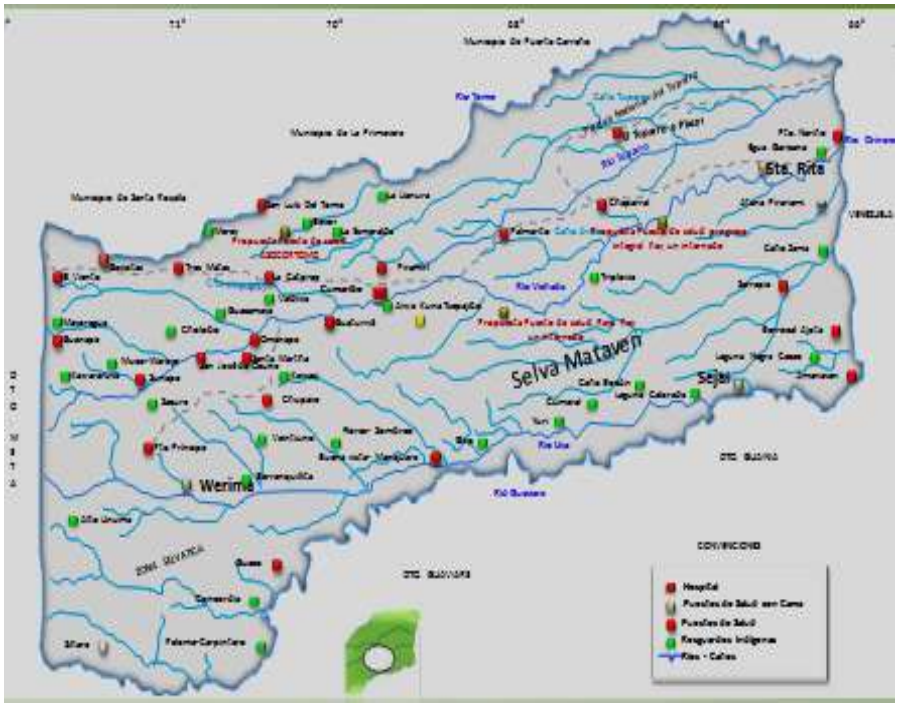
El municipio de La Primavera se encuentra ubicado en 05º 29´ 32" latitud norte y 70º 24´ 34" longitud oeste al noroccidente del departamento del Vichada, está dividido administrativamente en sector urbano o cabecera municipal, seis (6) Inspecciones de Policía: Nueva Antioquia, Santa Bárbara, San Teodoro, Santa Cecilia, Matiyure y Buena Vista.

El municipio de Santa Rosalía está ubicado en el nor-occidente del departamento del Vichada. Su territorio se extiende desde el caño Camuara al oriente, agua arriba por el río Meta hasta el punto de coordenadas geográficas: 71º 04º 48º.53 W y 04º 54º 57º 21 N y desde el río Meta al norte hasta el río Tomo al sur. El municipio de Santa Rosalía, administrativamente está conformado por dos Inspecciones Rurales de Policía: Guacacías y Flor Amarillo, siete veredas: Nazareth, La Ladera, Pavanay, Bordereño, El Control, Avispas y El Triunfo; y tres Resguardos Indígenas: Nueva Esperanza del Tomo, resguardo La Pascua y resguardo Santa Rosalía conformadas por las etnias Sikuani y saliva, respectivamente.

Cumaribo es el Municipio más extenso de Colombia y del mundo, con un área aproximada de 65.193 Km2. Está ubicado en el oriente del país, en jurisdicción del Departamento del Vichada. Sus límites son: Norte, con Santa Rosalía, La Primavera y Puerto Carreño Departamento de Vichada determinado por el Río Tomo. Sur, San José del Guaviare -Departamento del Guaviare, Barrancominas y Puerto Inírida Departamento del Guainía, demarcado por el río Guaviare. Oriente, con la República de Venezuela –Estado Amazonas-, límite definido por el río Orinoco. Occidente, con Puerto Gaitán y Mapiripán -Departamento del Meta.

Cumaribo fue elevado a la categoría de Municipio mediante Ordenanza No. 66 del 22 de Noviembre de 1996, administrativamente pertenece al Departamento de Vichada. El área de ocupación urbana corresponde a la cabecera municipal y en la zona rural se ubican las áreas de manejo especial: 37 Resguardos Indígenas y el Parque Nacional Natural "El Tuparro".

Mapa 5. Municipio de Cumaribo y la Población Indígena



Fuente: Secretaria de Asuntos Indígenas Departamental, actualizado, insumos Plan de Desarrollo 2012-2015

Política y administrativamente está divido en 20 Inspecciones, de las cuales sólo funcionan dos (2): El Viento y Santa Rita; las restantes requieren el nombramiento de Inspectores de Policía para su funcionamiento: Guanape, Tres Matas, El Tuparro, Palmarito, Chaparral, Puerto Nariño, Güerima, Puerto Príncipe, Chupave, Siare, Amanavén, Guaco, Sejal, San José de Ocuné, La Catorce, La Rompida, Manajuare y Matavén; se ubican 55 Veredas y 37 Resguardos indígenas.

1.1.1 Contexto Territorio Ancestral Indígena de la Orinoquía

Los Llanos Orientales han sido el hábitat de pueblos indígenas, muchos de los cuales han sobrevivido al contacto y procesos de penetración y de colonización iniciados desde el siglo XVI. Estos grupos han compartido un territorio irrigado por los Ríos Sarare-Arauca, Meta, Manacacías, Casanare, Vichada, Guaviare, Inírida y Atabapo.

Cuadro 1: Familias y subgrupos indígenas de los Llanos Orientales de Colombia.

FAMILIA	GRUPOS
GUAHIBO	Sikuani o Guahibo Cuiba, Guayabero Hitnu o Macaguane
ARAWAK	Piapoco y Achagua
SALIBA	Sáliba, Piaroa y Tunebo
CHIBCHA	Betoye, Yaruro
PAMIGUA-TINIGUA	Tinigua[1]

Fuente: GÓMEZ, Augusto, 1991.

En el Cuadro 1 la gran familia Guahiba comparte el mismo territorio con otras familias como la Arawak, Saliba, Chibcha, Pamigua- Tinigua que en su época fueron numerosas y cada uno de ellos tenía su territorio ancestral definido virtualmente por cuencas hidrográficas.

El Pueblo Sikuani pertenece a la familia lingüística "Guahibo" que integra a las comunidades indígenas Guayabero, Kuiba, Hitnü y Sikuani, ubicados en los Llanos Orientales, en los departamentos del Meta, Vichada, Casanare, Arauca y parte de los llanos venezolanos. El extenso territorio de los Llanos de San Martín hasta Santa Rita y Puerto Carreño en el Orinoco configuró el hábitat de las comunidades Sikuani para el equilibrio ambiental de la fauna y flora. Pero este gran territorio también fue compartido con las grandes naciones Achagua, Piapoco y Sáliba. La dirección que los Sikuani tenían para desplazarse por el territorio ancestral era de Oriente a Occidente y de Occidente a Oriente, en este sentido cabría decir que seguramente el límite de su desplazamiento fue hasta la Guayana, según lo cuentan algunos Mayores.

Los Sikuani son habitantes originarios de los llanos de la Cuenca del río Orinoco de Venezuela y Colombia, su territorio ancestral está demarcado en la cosmovisión trasmitida a través de la tradición oral que señala los lugares de origen de su mundo y cultura, que se comparten con otros pueblos indígenas. Esa misma tradición es la que hoy reclama el reconocimiento de estos territorios para la demarcación territorial, puesto que es donde están los sitios sagrados dados en la ley de origen mítico.

[1] Pueblo extinto.

Mapa 6. Territorio Ancestral



Fuente: Entre Cantos y Llantos, Etnollano, 2010

La ruta de poblamiento se dio desde un espacio de la cuenca del río Orinoco, y por ello en la tradición se dice: "Los Sikuani, emergieron de un pozo localizado en una zona llamada *Unianto-iboto*, lugar ubicado cerca del río Orinoco, en un lugar del Departamento del Vichada. Allí nacieron los diferentes clanes llamados *momowi* que son descendientes o nietos del carpintero, del mono, del tigre, del caimán y de los comedores de carne (los *kawiri*), entre otros. Cada uno de estos grupos nació con su propia forma de hablar y de ser, de acuerdo con la característica del animal de su ascendencia, de esa manera conforman hoy los grupos locales o familias extensas de las comunidades Sikuani"[2].

Según los diferentes relatos de la tradición oral en la historia de movilidad y poblamiento territorial, desde este lugar de origen los diferentes clanes se dispersaron hacia las cuencas hidrográficas de la región Orinoquia, hacia el Río Meta, sus afluentes y el río Manacacias. Otra ruta fue hacia el Río Vichada y sus afluentes, los ríos Planas, Guarrojo y Muco y hacia los llanos del Meta, San Martín

[2] Relato de Guillermo Guevara, Apartes del texto "Visión de la cultura y sociedad Jiwi-sikuani" Francisco Ortiz- FUNDACIÓN GAIA, con la colaboración de los: Profesores, Octavio Castillo, José Álvarez Coromoto y el Señor Miguel Gaitán Coromoto, investigación realizado con los jiwi del Estado Amazonas en Venezuela, 2005. Jiménez Amaya Rosalba, (2010), investigación en tradiciones y lengua, vivencia y adquisición de la tradición oral Sikuani, fundación Etnollano)

y el Ariari, área que se llamó *waünakua* (territorio de la parte alta hacia la cordillera).

Según la tradición oral los Sikuani migraron a estos lugares siguiendo la ruta denominada *Diosonamüto***,** expresión que traduce literalmente 'El camino de Dios'. Esta ruta representa el recorrido que hizo el dios *Nakuanü*, cuando estaba conformando el mundo; es un camino que no atraviesa ningún curso de agua y va desde el Orinoco hasta la Cordillera Oriental por los Departamentos del Vichada y del Meta. Probablemente por esta ruta se llevó a cabo el poblamiento ancestral, ya que los Sikuani migraron desde el oriente hasta la parte baja de la cordillera en el occidente, por lo cual su direccionalidad está marcada lingüísticamente por esas dos direcciones, *betsia* (hacía arriba) –*bereka* (hacia abajo) siguiendo la cuenca de los ríos se hizo el control territorial en su movilidad frecuente que se denomina nomadismo.

La otra ruta de movilidad se dio desde el lugar de origen hacia la desembocadura del río Orinoco, pasando por ciudad Bolívar, hasta las Guayanas fue la via de negociación de los productos externos. Por esa misma ruta, se dio la migración y movilidad sobre los afluentes del río Orinoco, se subió por el río Cinaruco, Capanaparo, y de igual manera se subió por el Río Meta y sus afluentes, el río Casanare y sus afluentes.

En este proceso migratorio, algunos clanes se quedaron entonces en la parte baja de la cuenca del río Orinoco, en la zona denominada *Parawanakua* que es el lugar de origen del pueblo sikuani con todos sus clanes. Otros se dirigieron hacia el territorio *Kajuyaliba* -El lugar de *Kajuyalinü*- donde hoy se encuentra el poblado llamado Santa Rita (Departamento de Vichada). En este territorio se encuentra transformada en piedra la canoa de *Kajuyali* y el pozo donde guardaba los peces que debía distribuir por el mundo, proyecto que se frustró cuando, confundiéndolo con *Furnáminali* su esposa armada con un barretón hecho con la pelvis de *tsikiririwa*, le cercenó la pierna (Ortíz, GAIA,2005.)

Otros migraron a orillas del Río en el bajo río Vichada, Tomo y Tuparro Vichada alto; en esta zona vivieron *Tsamani* el dios creador del mundo Sikuani y sus hermanos, *Kajuyali, Iboruowa, Iiwinai, Furnaminali y Tsaparaiduwa*. Según la tradición oral, en estos territorios es donde se encuentra hoy el lugar donde ascendieron al cielo en dos momentos, la primera fue por un camino de flechas que se fueron hacía el mundo del Señor Rayo, para buscar a sus hijos raptados por él y también para encontrar formas de aplacar a ese Señor porque con sus centellas no dejaba aumentar la comunidad. Luego se transformaron en constelaciones y hoy viven como estrellas, la última en ascender fue *Iboruawa* desde otro lugar.

En ese mismo territorio está también *Ibaruwatsuto* (el Cerro de *Ibaruwa*) que es el nombre de un ser del agua a quien se invoca durante el ritual del rezo del pescado, ceremonia importante en el paso a la pubertad de las niñas. Ese lugar, también llamado 'Loma de la vieja', está ubicado cerca de la boca del río Sipapo, en el Estado de Amazonas (Venezuela). En las historias míticas sobre el territorio de los Sikuani se narra también la formación de *los raudales del Orinoco*, que surgieron a partir de las astillas del árbol *Kaliawirinae*. Según la tradición, dichos raudales fueron creados por *Liwinai* y sus hermanos, para cerrarle el paso al pez payara que se había tragado a *Tsamani* cuando se bañaba; de este modo, ellos pretendían rescatarlo con ayuda del gavilán *sewesewe*. Los raudales del Orinoco cruzan tanto Venezuela como Colombia y el tramo más importante se localiza en el Vichada, en la frontera con Venezuela donde están los raudales de Maipure y de Atures. (Ortiz, GAIA,2005).

Hoy se evidencia el lugar de origen del territorio ancestral, en el *Cerro Autana* ubicado en el Estado de Amazonas (Venezuela), lugar sagrado para los diferentes pueblos de la región. Así, para los Kurripako, es el cerro donde se originó la yuca; para los Sikuani y los Piapoco, es el tronco del árbol *Kaliawiri*, de donde se obtuvieron las plantas cultivadas; para los Piaroa, es la cepa del árbol *Kuäwäi* y, a la vez, el lugar donde moran los espíritus de los dioses y héroes fundadores de la cultura.

1.2 CONTEXTO ECONOMICO

El pueblo Sikuani ubicado en la Orinoquía colombiana sobre los Departamentos del Meta, Vichada, Guainía y Arauca presenta unas realidades distintas en cuanto a su territorialidad y por lo tanto en la manera como lo desvela el Estado para la aplicación de políticas de desarrollo, y es que precisamente estas tierras se traslapan con el mismo territorio que se ha constituido como la última frontera agrícola de Colombia y despensa de alimentos del mundo.

La Edición especial de la revista Semana "Tierra a la Vista" del 17 de marzo de 2013 hace una descripción de las características, potencialidades y debilidades de lo que es esta porción de Colombia y lo agrupa en cuatro categorías: Orinoquía inundable, Piedemonte, Altillanura y Franja de transición.

Orinoquía Inundable desde el norte del rio Meta, en Casanare, hasta el sur del rio Arauca, aunque en el momento no se constituye en un atractivo para proyectos agrícolas de larga duración debido a las inundaciones que genera la época de lluvias, se está buscando a largo plazo la forma de apropiación de tecnologías que permitan darle el mejor uso a estas tierras.

Piedemonte: Esta zona fértil se extiende desde el sur del Meta hasta Arauca, pasando por Casanare y se constituye como la transición de la cordillera oriental hacia los suelos de sabana de la Orinoquia.

Altillanura: Se abre paso desde Puerto López pasando por la margen derecha del rio Meta hasta la desembocadura del gran rio Orinoco en Vichada. Comprende los municipios de Puerto Gaitán, Puerto López, La primavera, Puerto Carreño y Santa Rosalía, es allí hacia donde apuntan las grandes políticas de desarrollo del país; políticas que van más allá de un plan de desarrollo Nacional, gracias a la fertilidad de sus tierras y a las grandes extensiones que abarcan (Vichada es el departamento más grande de Colombia después de Amazonas).

Con estas perspectivas, estos municipios ya tienen su propio CONPES que aparte de asignar recursos, busca reorganizar el territorio para dar cabida a la agroindustria, al sector minero y a la ganadería, y se espera que también haya espacio para los pueblos indígenas y la conservación.

Ahora bien, el Megaproyecto de navegabilidad del rio Meta que busca unir el Pacífico con el Caribe a través de este importante rio, traería consigo múltiples afectaciones a un pueblo que por mucho tiempo ha utilizado este caudal como medio de transporte y de abastecimiento de alimentos, debido a que se verá restringida su navegación y los ecosistemas que lo rodean cambiarán.

Es menester dar a conocer que en lugares como el Palmarito, Santa Rita, Chaparral, Chupave y San José de Ocune en el Vichada, desde hace diez meses, propietarios de fincas han estado expuestos a presiones por parte de grupos al margen de la ley, en donde se han cobrado “vacunas” por cabeza de ganado, haciendo que la gente prefiera vender sus predios, antes que perderlos. A su vez, como buenos samaritanos aparecen compradores, entre ellos algunos políticos, que se están convirtiendo en nuevos terratenientes que “si tienen recursos para responder a las presiones de estos grupos”.

Franja de Transición: Comprende los municipios Cumaribo en el Vichada, Mapiripan y el sur del municipio de Puerto Gaitán en el Meta, presentando una mezcla de selva y sabanas que los hacen disfrutar de una gran biodiversidad.

Toda esta zona del país, para hace cincuenta años no representaba más que tierras deshabitadas y lejanas, con grandes extensiones de sabanas, hatos ganaderos, epicentro de guerras de partidos políticos y hazañas de hombres míticos como Guadalupe Salcedo, hoy merece la mirada del gobierno para cristalizar las políticas económicas en materia de desarrollo de la agroindustria y ser el tema central de las principales revistas y diarios del país; pero ¿a qué se debe todo esto? Más allá de que la Orinoquía produzca alrededor del 70% del crudo del país, están sus tierras, su riqueza hídrica y su biodiversidad.

A partir de la última década del siglo pasado se incrementó la producción petrolera (Arauca, Casanare y Meta) lo cual le empieza a imprimir un giro a la dinámica económica de la región. Según el presidente de Ecopetrol, Javier Gutiérrez (Foro sobre la Orinoquia en Villavicencio, 2011) actualmente la región aporta el 65% de la producción nacional de hidrocarburos. En el mismo evento, Jens Mesa Dishington, director ejecutivo de Fedepalma, señalaba que la Orinoquia es la región con mayor dinámica en el cultivo de palma en el país con un incremento anual del 11% (el nacional es de 5%) y que cerca del 40% del aceite de palma utilizado como biodiesel, se genera en esta región.

Se puede concluir que a pesar de la riqueza de la Orinoquia, subsisten las condiciones de inequidad y pobreza como lo mencionó José Leibovich del DNP, durante el Foro de La Orinoquia celebrado en Villavicencio (2011) a raíz de la socialización del CONPES de la Altillanura, al señalar que la región tiene un NBI del 83% rural (incluyendo por ende a las comunidades indígenas) y 44% urbano por encima de los promedios nacionales.

A raíz del avance en la investigación en suelos, principalmente en el centro de investigación de Carimagua, complementado con la experiencia similar del Cerrao Brasilero, se inicia y motiva el desarrollo y aplicación de nuevas prácticas productivas y el impulso de la agroindustria en lo que se conoce como la Altillanura. De las prácticas y usos tradicionales del suelo y de la ganadería extensiva, se pasa a los grandes cultivos de caña, palma (producción de bioetanol y biodiesel), caucho, maderables, producción de alimentos (soya, arroz y maíz tanto para el consumo humano como para la producción de concentrados para animales), aprovechando las ventajas comparativas y competitivas que se presentan.

La necesidad de buscar nuevas zonas agrícolas para sembrar, surge de la posible crisis alimentaria global (FAO) y de la demanda creciente de biocombustibles esencialmente. A su vez, en el Plan Nacional de Desarrollo entre los proyectos de gran impacto regional se contempla el “aprovechamiento productivo, integración y desarrollo de la Altillanura” y entre las estrategias se señala la de elaborar tres (3) proyectos piloto que son:

- Modernizar la infraestructura de transporte minero-energético.
- Diversificar la estructura económica.
- Apoyar el desarrollo de establecimientos en torno a la actividad minero-energética.

Concomitante con esta política, el gobierno nacional facilita e incentiva la adquisición de tierras por parte de grandes inversionistas nacionales y extranjeros.

Sin embargo, se considera que “la explotación desordenada de una región por mucho tiempo olvidada y ahora redescubierta por los megaproyectos agrícolas, pone en riesgo su futuro” (Revista Semana., octubre 15 de 2009).

Son varios los analistas que sostienen que los acelerados cambios que se presentan en la región, afectan de distinta manera los ecosistemas y los grupos étnicos que habitan estas tierras desde tiempos inmemorables. Sin embargo, en el Plan Nacional de Desarrollo de la administración anterior 2006-2010, se compara a la Orinoquia con “un territorio abierto a la exploración y a la colonización, lleno de oportunidades para la iniciativa privada, en donde, a diferencia de la Amazonía, no existen mayores restricciones ambientales” (DNP-2007). Así, los distintos actores (palmeros, petroleros, ganaderos, inversionistas nacionales y extranjeros) en sus distintas visiones, ven en la región una oportunidad económica, dejando al margen la importancia de la diversidad ecológica y cultural.

> *Se identifica para la región un total de 156 ecosistemas naturales que ocupan el 79,1% de la superficie de la cuenca, y 49 ecosistemas transformados que ocupan el 20,95 restante y se señala que los umbrales de afectación del medio ambiente han sido sobrepasados con las actividades productivas*. (Universidad de los Andes, 2009, 11).

Por ejemplo, en el Meta la actividad económica se centra principalmente en la agricultura, la ganadería y el comercio aunque últimamente, a raíz de la expedición de la política de explotación de la Altillanura, se están incrementando los grandes cultivos de palma africana, caucho, caña (para la producción de etanol) soya y maíz como materia prima para la producción de concentrados para animales, lo que a su vez complementa e impulsa la porcicultura, la avicultura y la piscicultura.

El Meta ha pasado a ser el primer Departamento productor de petróleo en el país. Se viene incrementando la inversión extranjera en estudios de sísmica y explotación; muchos de estos bloques y pozos, se encuentran dentro de algunos resguardos o son vecinos de los territorios indígenas. El área nororiental (Puerto López, Puerto Gaitán) forma parte de la denominada Altillanura**,** para la cual el gobierno nacional viene promoviendo el impulso a la producción de biocombustibles (palma y caña principalmente) y alimento para la producción animal (soya, maíz) tomando como modelo el Cerrao brasilero. Para ello, se ha formulado una política pública expresa en el Plan Nacional de Desarrollo y en un documento CONPES formulado por el Departamento Nacional de Planeación.

Como quiera que muchas de estas actividades (exploración y explotación petrolera por ejemplo) se desarrollan dentro o en los alrededores de los resguardos indígenas, los impactos económicos, ambientales, sociales o

culturales son inevitables. En este sentido, esta economía está afectando directamente los resguardos.

Por ejemplo, sin perder su tradición ganadera, Puerto Gaitán ha pasado a ser uno de los más importantes en la producción de petróleo en el país. En el año 2011, el departamento del Meta ocupó el primer lugar en producción de petróleo con 426.460 barriles por día calendario (BPDC). Si la producción nacional registrada para la misma fecha (sep.2011) es en promedio de 904.466, el aporte del departamento es del 47.2%; a su vez, el municipio de Puerto Gaitán aporta el 55,2% de la producción departamental y el 26% de la producción nacional según las cifras del Ministerio de Minas y Energía. Esta situación genera cambios acelerados para sus habitantes especialmente para las comunidades indígenas por los impactos de distinta índole. Simultáneamente con el proceso mencionado, se dinamiza la producción agroindustrial especialmente orientada a la producción de biocombustibles, concentrados para animales (porcicultura, avicultura, piscicultura etc.) y maderables. Aunque en la actualidad se habla del desarrollo turístico, aún no están puestas las bases para su fomento, sin negar que tenga igualmente buenas potencialidades.

El comercio y el transporte (petróleo, mercancía y pasajeros) se han convertido en la fuente más importante de generación de ingresos en el municipio. El turismo (ecoturismo, etnoturismo, entre otros) a pesar de las importantes potencialidades que tiene el municipio en este renglón, aún no se ha dinamizado.

Tabla 1. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del Municipio.

Personas en NBI (30 Junio 2010)		
Área	Prop (%)	Cve (%) *
Cabecera	40,05	-
Resto	83,37	-
Total	65,47	-

Fuente: Cifras Proyectadas Censo DANE 2005.

La economía del Departamento está basada un 57% en Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca. Un 3.3% Industrias manufactureras, un 2,7% hoteles, restaurante, bares y similares, 4,4% comercio, 3,2% establecimientos financieros,

seguros y otros, 3,4 % construcción, 5,3% transporte, almacenamiento y comunicaciones, y un 20,8% actividades de servicios sociales.

1.3 CONTEXTO POBLACIONAL Y DEMOGRAFICO

Durante muchos años, la región fue poblada sólo por las Familias Indígenas originarias en proceso de resistencia. No hubo habitantes “blancos” por la falta de vías de comunicación, por la falsa creencia que la pobreza de los suelos era un impedimento para implementar la producción agropecuaria, y sumado a lo anterior, por el abandono estatal.

Actualmente la población de la Orinoquía está organizada de acuerdo a las siguientes identidades: los Pueblos Indígenas que estaban antes de la conquista de los llanos; la población llanera resultado del mestizaje entre indígenas y colonos trabajadores de hatos ganaderos; y finalmente las colonizaciones por migraciones desde otros territorios del centro a causa de la bonanza petrolera y que hoy se constituyen en la mayor población del Llano, diezmando la indígena y llanera.

Por tanto, para efectos de este Plan Salvaguarda sólo se va a caracterizar la población indígena Sikuani, sin desconocer los pueblos indígenas que cohabitan con ellos.

En 1700 se dio el primer contacto de los Indígenas con la compañía de Jesús en los llanos orientales y les denominaron “Guayvas”. Después, en la época de la conquista de los llanos se les llamó “Guahibos”, no solo a los Sikuani sino a todos los indígenas; esta fue una forma despectiva de nombrarnos haciendo referencia a hombres perezosos, sucios, con un comportamiento similar al de un animal. En ese periodo con la intervención extractiva de ganadería intensa, inicia la limpieza en el siglo XVIII. Entonces desde este momento se denominó Guahibo a todos los indígenas de la región y así mismo, las masacres se cometieron sin discriminar grupos étnicos. Este es el principio de las Guahibiadas. (Jímenez, Rosalba. PSS. Marzo de 2013)

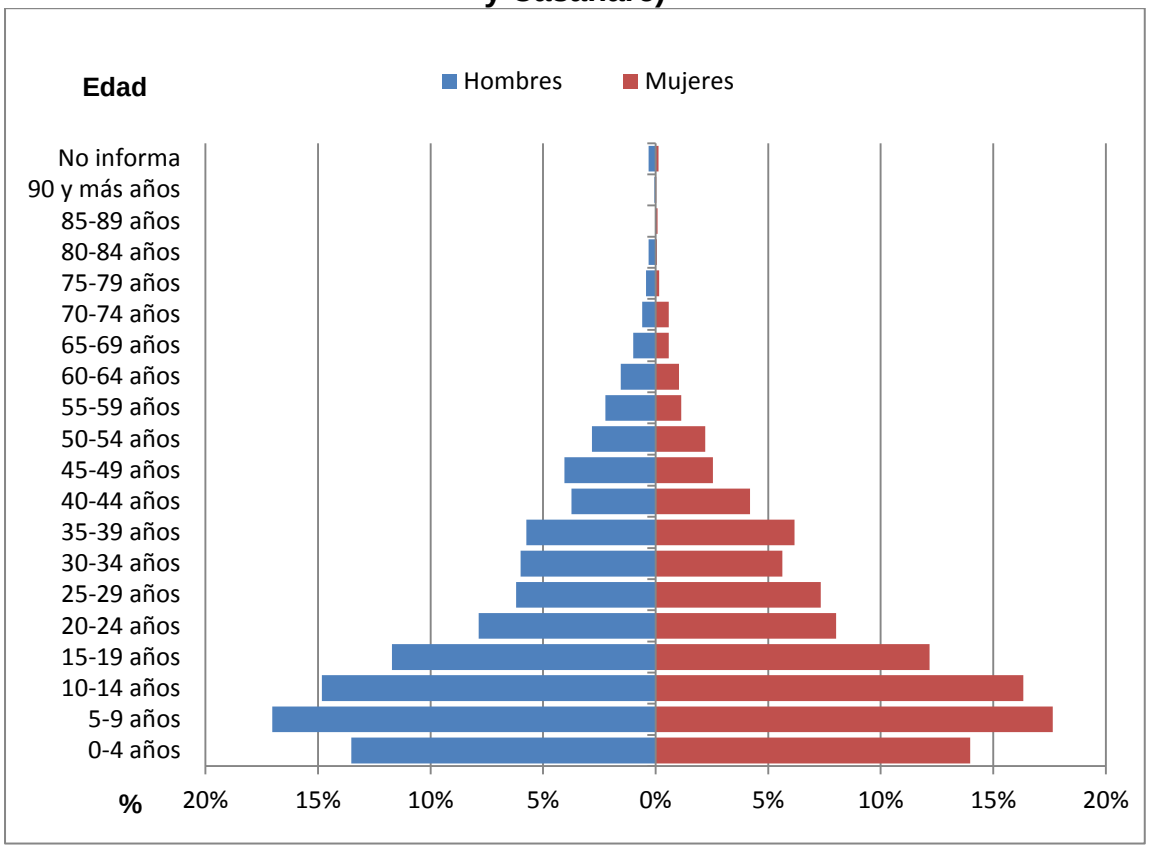
Actualmente en la región se encuentran 97 resguardos de las etnias Uwa, Sikuani, Piapoco, Achagua, Sáliba, Amorua, Piaroa, Cuibas, y Guayabero, entre otros; que suman aproximadamente el 20% del total del área, con cerca de 4.217.000 hectáreas. Estas comunidades se encuentran cada vez más empobrecidas y diezmadas por la invasión económica y militar creciente de los territorios y los recursos que tradicionalmente servían de soporte a la alimentación, lo mismo que por las debilidades organizativas.

Tabla 2. Pueblo Sikuani, distribución de la población por sexo y grupos quinquenales de edad

Grupos de edad	Sexo					
	Total		Hombre		Mujer	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	**31502**	**100,0%**	**16362**	**100,0%**	**15140**	**100,0%**
0-4 años	4329	13,7%	2213	13,5%	2116	14,0%
5-9 años	5459	17,3%	2787	17,0%	2671	17,6%
10-14 años	4898	15,5%	2426	14,8%	2472	16,3%
15-19 años	3759	11,9%	1917	11,7%	1843	12,2%
20-24 años	2500	7,9%	1287	7,9%	1213	8,0%
25-29 años	2125	6,7%	1014	6,2%	1111	7,3%
30-34 años	1833	5,8%	982	6,0%	852	5,6%
35-39 años	1875	6,0%	940	5,7%	935	6,2%
40-44 años	1245	4,0%	611	3,7%	634	4,2%
45-49 años	1046	3,3%	662	4,0%	384	2,5%
50-54 años	796	2,5%	463	2,8%	333	2,2%
55-59 años	537	1,7%	366	2,2%	171	1,1%
60-64 años	412	1,3%	255	1,6%	157	1,0%
65-69 años	250	0,8%	162	1,0%	88	0,6%
70-74 años	185	0,6%	97	0,6%	88	0,6%
75-79 años	93	0,3%	69	0,4%	23	0,2%
80-84 años	60	0,2%	51	0,3%	9	0,1%
85-89 años	14	0,0%	0	0,0%	14	0,1%
90 y más	14	0,0%	9	0,1%	5	0,0%
No informa	69	0,2%	51	0,3%	19	0,1%

Fuente: Resultados del Auto diagnóstico Sociolingüístico, 1ª Campaña. Ministerio de Cultura – PPDE - 2009 (Cuadro de salida H 2)

Gráfico 1. Pueblo *Sikuani*. Distribución de la población por sexo y grupos quinquenales de edad, de los departamentos Meta. Vichada, Arauca, Guainía y Casanare)



Fuente: Resultados del Auto diagnóstico Sociolingüístico, 1ª Campaña. Ministerio de Cultura – PPDE - 2009 (Cuadro de salida H 2)

De acuerdo con la tabla 2 y el gráfico 1, el 58,4% de la población es menor de 20 años, lo que indica que el Pueblo Sikuani está conformado básicamente por población joven. Sin embargo, se observa también una disminución porcentual en el grupo de edad de 0 a 4 años lo que podría estar indicando entre otras, una reciente disminución de la tasa de fecundidad femenina y masculina.

1.3.1 Población Indígena Sikuani por Departamento

La población indígena Sikuani en la región Orinoquía se encuentra en seis Departamentos: Arauca, Casanare, Meta, Vichada, Guainía y Guaviare. En todos ellos, saltó a la vista que en los Resguardos no sólo se encuentra población Sikuani, pues en muchos de los casos existen relaciones matrimoniales inter-

étnicas y por tanto la población que se registra no es solamente Sikuani. A continuación se hace referencia de los Departamentos que fueron trabajados para el convenio entre la ONIC y el Ministerio del Interior: Arauca, Guainía, Meta y Vichada.

En **Arauca** La población aproximada es de 281.435 habitantes (Gobernación de Arauca, s.f.), con una población indígena de 3.591 personas, lo que representa el 1,27% de la población departamental. En su territorio se localizan 26 resguardos en un área de 128.167 hectáreas, lo que equivale al 5,38% del área del Departamento. Allí viven seis pueblos indígenas U'wa (1.124); Betoyes (800); Sikuani (782); Hitnú (441); Ingas y Makaguán. (Plan de desarrollo departamental, 2012 – 2015)

La población Sikuani está representada en 7 resguardos: Canánama, en el municipio de Cravo Norte; Iguanitos, en el municipio de Tame; Cajaros y Bayoneros, en el municipio de Arauquita; Matecandela, El Zamuro y La Isla, en el municipio de Arauca.

Tabla 3. Población Sikuani del departamento de Arauca

Resguardo	Comunidad	Familias	Mujeres	Hombres	Población
Canánama	Canánama	12	36	41	77
El Zamuro	Corocito	37	92	82	174
La Isla	La Estrellita	44	138	108	246
Los Cajaros	Los Cajaros	11	33	48	81
Bayoneros	Bayoneros	10	19	17	36
Matecandela	Matecandela	25	54	65	119
Iguanitos	Iguanitos	23	48	54	100
Total					833

Fuente: Censo de resguardos Indígenas Sikuani de Arauca. 2013. Gobernadores Actualizado en los talleres comunitarios Plan Salvaguarda Sikuani. 2012

Como podemos ver, el pueblo Sikuani de Arauca es el más diezmado de toda la Orinoquia, su población asciende a apenas escasas 833 personas para un territorio de XX hectáreas. Población que se encuentra en una vulnerabilidad permanente y en donde sistemáticamente se convive con el conflicto armado y la instalación de empresas multinacionales. El pueblo Sikuani de Arauca fácilmente

puede compararse con cualquiera de los 34 Pueblos Indígenas en riesgo de desaparecer física y culturalmente.

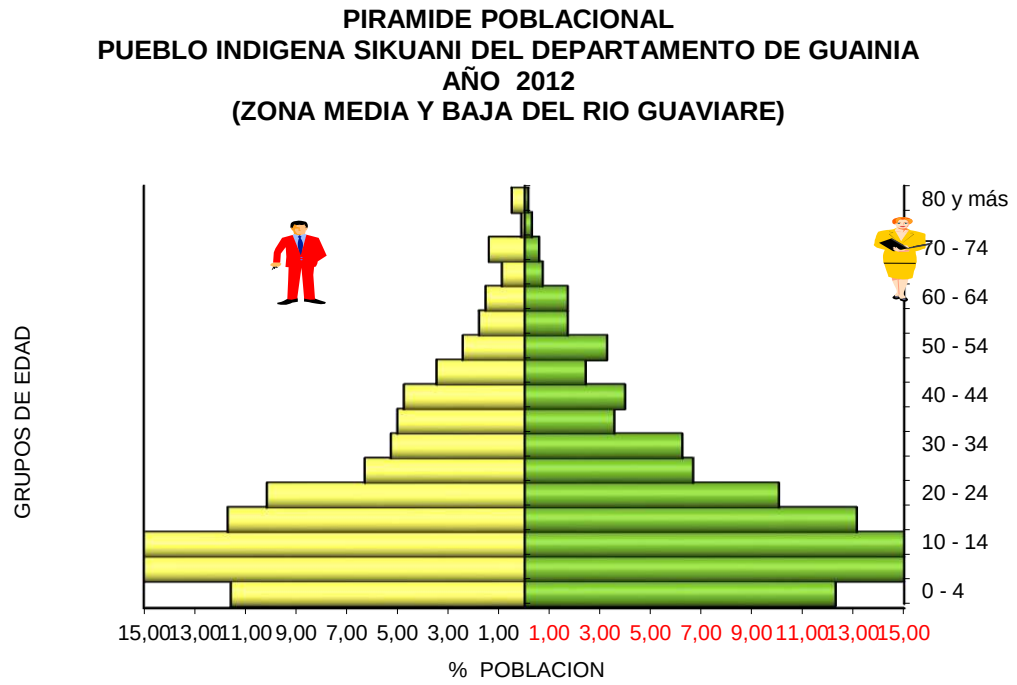
El departamento del **Guainía** se constituye en una amplia región que cuenta con diversas realidades de tipo social, ambiental, hídrico, poblacional, forestal, mineral y cultural que representa un potencial significativo en términos de la realidad geopolítica del departamento. Por otro lado, la dispersión geográfica, natural y cultural es bastante importante respecto a otros departamentos.

En este sentido cuenta con una extensión territorial de 72.238 km2 y una población de aproximadamente 38.949 habitantes (proyección 2011), de los cuales los principales grupos étnicos que habitan la región son: el pueblo Curripaco con un 36 %, el Puinave con un 16%, el pueblo Piapoco con un 10%, el Pueblo Sikuani con un 8%, el Tucano 5 %, población mestiza (colonos) con un 25%. Uno de los aspectos más sobresalientes del Departamento de Guainía es su composición pluriétnica y pluricultural como se puede deducir de los datos anteriores. Adicionalmente como se podrá observar más adelante debido a su situación geográfica, transición de la región Orinoquia y la región amazónica, como por ser una zona de frontera, en este Departamento convergen una serie de relaciones sociales y culturales que determinan ciertos comportamientos de la población Sikuani con su entorno.

Tabla Nº 4. Población Sikuani Resguardos Rio Guaviare 2012

EDAD	HOMBRES	MUJERES
0-4	90	87
5-9	132	124
10-14	125	114
15-19	91	93
20-24	79	71
25-29	49	47
30-34	41	44
35-39	39	25
40-44	37	28
45-49	27	17
50-54	19	23
55-59	14	12
60-64	12	12
65-69	7	5
70-74	11	4
75-79	1	2
80 y mas	4	1
TOTAL	**778**	**709**

Gráfico 2: Pirámide Poblacional Pueblo Sikuani Asentado en la Rivera del Guaviare Departamento Del Guainía 2012.



FUENTE: Censo poblacional resguardos sikuani departamento de Guainia organizaciones Asocauniguvi-acatisema 2012

En el **Meta** las comunidades indígenas solo representan el 1,5% de la población del Departamento. Su posición en la Orinoquia le ha permitido contar con abundantes vías de penetración transitables sin dificultad en el periodo de verano. La pavimentación de la vía San José del Guaviare-Villavicencio, permite la comunicación del departamento del Guaviare con el interior del país mientras que la pavimentada Villavicencio-Puerto Gaitán (con proyecto de ampliación hasta Puerto Carreño) permite la conexión con el interior al departamento del Vichada. También se encuentra comunicado por vía pavimentada con los departamentos de Casanare y Arauca lo cual le representa una importante oportunidad para el comercio con Venezuela.

Entre los pueblos oriundos del Departamento se encuentran los Sikuani, los Sálibas, los piapocos, los guayaberos y los Achaguas, mientras que llegados de otros departamentos se encuentran los Embera Chamí, Embera Catio, Wananos, Paeces, Guambianos, Uitotos, Ingas, Sirianos y Cubeos. Se agrupan en 21 resguardos, 2 cabildos urbanos, y 7 asentamientos. Esta población se ubica en los

municipios de Puerto Gaitán, Puerto López, Mapiripán, Puerto Concordia, Uribe, Mesetas, Granada y Villavicencio.

Según el estudio adelantado por la Vicepresidencia de la República y la Gobernación del Meta con el acompañamiento técnico del DANE, (2010) "Entre el 2003 y el 2006, Meta fue el sexto Departamento más afectado por el desplazamiento interno" (Vicepresidencia de la República, Gobernación del Meta. 2010. P. 12)

Aunque no hay un censo bien elaborado sobre la población indígena del Meta, las entidades territoriales manejan un dato cercano a los 14.500 habitantes indígenas lo que representaría el 1,6% de la población del Departamento. Los mismos cabildos y líderes reportan una información por encima de las cifras oficiales.Esa población se ubica en 21 resguardos distribuidos en los siguientes municipios:

- 9 en Puerto Gaitán de los pueblos Sikuani, Piapoco y Sáliba.
- 4 en Mapiripán, 2 de los pueblos Sikuani, 1 de la Wanano y 1 del Guayabero.
- 2 en el municipio de Mesetas de los pueblos Paez inmigrantes del Cauca.
- 2 en el municipio de Uribe de los pueblos Embera, Paez e Ingano.
- 2 en Puerto López, 1 de los pueblos Achagua y Piapoco y otro Hitoto desplazado del Amazonas.
- 1 en el munipio de La Macarena los Tucanos y Pijaos.
- 1 en Puerto Concordia del pueblo Guayabero.

Puerto Gaitán según las cifras del DANE en el censo de 1.993 contaba con una población de 22.199 habitantes, mientras que en el de 2.005 se contabilizaron 17.850 habitantes lo que lleva a suponer que en este lapso se presenta una emigración significativa y que en gran medida coincide con el incremento de la violencia, pero que igualmente deja serias dudas sobre el porcentaje de cobertura de este último. Los datos del SISBÉN para el año 2011 señalan que la población registrada en este instrumento (SISBENIZADOS) asciende a 22.000, cifra que si se suma a la población indígena, permite establecer que la población real del Municipio está cercana a los 35.000 habitantes. Aunque el censo del 2005 señala que solo el 35,7% de la población es indígena, la realidad es que la verdadera proporción es cercana al 43.21%, representada por los pueblos Sikuani, Piapoco y Sáliba. (Plan de Desarrollo del Municipio de Puerto Gaitán 2012-2015. Diagnóstico p. 27).

Tabla 5. Población Indígena por Resguardo y Pueblo. Meta

ITEM	RESGUARDO	RESOLUCION	AREAS (Has)	POBLACION	COMUNIDADES	ETNIAS	DISTANCIA DE PUERTO GAITAN A RESGUARDOS
1	***WACOYO***	80/1992	8.050.	1.582	**15**	Sikuani	12 KL VIA PTO.CARREÑO
2	***AWALIBA***	001/1991	20.795.	1.845	**8**	Sikuani	120 KL VIA VRD RUBIALES
3	***VENCEDOR PIRIRI***	24/1999	40.000-	1.056.	**13**	Sikuani	110 KL Vía RUBIALES
4	***DOMO PLANAS***	003/1991	37.925.	1.177.	**22**	Sikuani	93 KL VIA Pto.PRINCIPE
5	***IWIWI***	002/1991	2.000.	469.	**6**	sikuani y piapoco	140 KL VIA PRINCIPE VICHADA
6	***WALIANAE***	143/93	4.652.	452.	**7**	Sikuani	145 KL VIA VRD RUBIALES
7	***UNUMA META***	24/1995	150.000.	2.236.	**36**	Sikuani	187 KL VIA PTO.TRUJILLO
8	***EL TIGRE***	41/1983	22.500.	1.410.	**13**	Sikuani	165 KL VIA PTO. TRUJILLO
9	***SISAPIATU Urbanos.***	Cabildo		260	**1**	Sikuani.	Casco urbano.
10	***UNUMA Urbano***		4	780	**1**	Sikuani	Casco urbano.
	TOTAL		**285.926**	**11.205**	**122**		

Fuente: Censo indígena Oficina Asuntos Indígenas de la Alcaldía y los capitanes mayores.

En esta tabla se puede ver que hay resguardos que resultan estrechos para el número de población, por ejemplo al comparar la dimensión de Wacoyo con la de Unuma. O resguardos muy pequeños como Iwiwi que resultan inviables para el ejercicio de actividades tradicionales.

En la cabecera municipal se encuentran asentadas 35 familias que se ubican en la margen derecha del caño Trampolín (SISAPIATU) que han sido desplazadas por distintas razones, y cerca de 150 familias venidas de varios resguardos en busca de trabajo, de educación para sus hijos o simplemente por la atracción de la ciudad. Se calcula que en el casco urbano se encuentran cerca de 900 personas del pueblo Sikuani que al no encontrar fuentes de trabajo estable, caen en condiciones de miseria. Esto indica que el número de personas del pueblo Sikuani en este municipio está por encima de los 11.000 habitantes; lo que demuestra que la información del DANE está por debajo de la población real de los resguardos, lo cual incide en varios aspectos especialmente en la estimación de las transferencias de recursos del Sistema General de Participaciones, Ley 715 de 2001.

Se puede observar al interior de los resguardos, una fuerte tendencia hacia la atomización de la población en pequeños asentamientos (capitanías), lo cual puede ser una ventaja si se le ve desde el punto de vista de la apropiación y ocupación del territorio; pero a su vez puede ser indicativo del fraccionamiento de su gobernabilidad, por cuanto cada capitán va buscando poder y capacidad de negociación con las empresas que adelantan procesos de consulta previa. Formar una nueva comunidad permite solicitar un docente, un promotor de salud y otros cargos que pasan a ser ocupados por el hijo o familiar del capitán. En algunos casos, por el reducido número de alumnos se dificulta el nombramiento del docente, lo que implica que los niños se quedan sin educación.

Tabla 6. Distribución de la población infantil indígena en el municipio

Total niñ@s de 0 a 3 años		total niñ@s de 4 a 6 años		total niñ@s de 7 a 10 años			
hombre	Mujer	hombre	Mujer	hombre	Mujer	TOTALES	
						Niños.	Niñas
840	810	590	610	681	790	2.111	2.210
1.650		1.200		1.471			
						4.321	

Fuente: Censo indígena. Alcaldía municipal 2010.

Sin duda alguna, el grupo poblacional de mayor riesgo de las comunidades indígenas del municipio de Puerto Gaitán, se encuentra entre 0 y 3 años, lo cual demanda los mayores esfuerzos y debe ser focalizado con estrategias acordes a las circunstancias geográficas y culturales de este grupo poblacional. La mayor dificultad estriba en la falta de indicadores apropiados para medir estados de nutrición, salud, desarrollo etc., tratándose de un grupo con cultura y patrones diferentes.

El Departamento del **Vichada** cuenta con 32 resguardos indígenas, pertenecientes en su mayoría a las etnias Sikuani, Piapoco, Piaroa, Puinave, Curripaco y Cubeo. De acuerdo con el censo realizado por el DANE, para el año 2005 el Departamento contaba con 55.872 habitantes y para el 2010 con 63.670, de los cuales 26.150 (41.1%) habitan en las cabeceras municipales y 37.520 (58.9%) en el área rural. Buena parte de los resguardos indígenas de Vichada están ubicados en la selva de Matavén en el municipio de Cumaribo, donde los gobernadores y cabildos indígenas se unieron en un gran cabildo denominado “Acatisema”, que funciona como la autoridad indígena de la selva de Matavén con 16 sectores, antiguamente resguardos.

En el siguiente cuadro se encuentran la cantidad de Resguardos, Asentamientos, número de Comunidades, población aproximada y pueblos que habitan en cada uno de los territorios.

Tabla 7. Población Sikuani por Resguardos, Asentamientos y Municipios Departamento del Vichada

RESGUARDOS	PUEBLOS	POBLACION	UBICACIÓN	HECTAREAS	COMUNIDADES
MUNICIPIO DE CUMARIBO					
SANTA TERESITA	Sikuani, Piratapuyas, piapocos, cubeos, cuibas	2400	Insp-Cumaribo	182,000	74
SARACURE CADA	Sikuani-piapocos	3015	Insp-San José de Ocune	184,620	86
UNUMA	Sikuani-piapocos	3800	Insp-Pto Principe	688,160	68
MUCO GUARROJO	Sikuani-piapocos	1800	Insp-Guanape	84,000	43
KAWANERRUBA	Sikuani-Piapocos	860	Insp-Guanape	9,150	20

MUCO MAYORAGUA	Sikuani	286	Insp-El Viento	10,600	5
PUNTA BANDERA	Sikuani	201	Insp-Tres Matas	3,150	3
TOMO BEWERY	Sikuani	1300	Insp-Tres Matas	60,540	18
SAN LUIS DEL TOMO	Sikuani	650	Insp-Tres Matas	25,100	19
VALDIVIA	Sikuani	230	Insp-Tres Matas	3,985	5
LA ESMERALDA	Sikuani	110	Insp-Tres Matas	2,762	2
EGUA GUARIACANA	Sikuani-Cuiba	140	Insp- Pto Nariño	10,720	5
GRAN RESGUARDO UNIFICADO SELVA MATAVEN					
Sector: BAJO RIO VICHADA DOS	Sikuani	1813	Insp- Sta Rita	212,170	54
Sector: ATANA PIRARIAME	Sikuani y piaroas	420	Insp- Sta Rita	48,800	15
Sector: SEJALITO SAN BENITO	Sikuani-Curripacos	295	Insp-Sejal	4,823	5
Sector: LAGUNA ANGUILLA LA MACARENA	Sikuani-Curripacos	800	Insp- sejal	16,130	11
Sector: AIWA KUNA TSEPAJIBO	Sikuani	2272	Cumaribo	61,798	26
Sector: CAÑO KAWASI	Sikuani-piapocos	2212	Cumaribo	36,000	45
TOTAL		**22604**		**1,644,508**	**504**
ASENTAMIENTOS					
TUPARRO MARIMBA	Sikuani-mapayeri	480	Insp- Sta Rita	400000	11
ALIWA	Sikuani	400	Cumaribo	78000	7
METIWA	Sikuani	190	Cumaribo	38000	3
LOS MANGOS	Sikuani	98	Cumaribo	24000	2
YAMOJOLI	Sikuani	70	Insp- Tres matas	50000	1
LA CARPA	Sikuani	50	Insp. Palmarito	10000	2

TOTAL		**1288**		**600000**	**26**
MUNICIPIO PRIMAVERA					
LA LLANURA	Sikuani	720	la primavera	74,000	11
TOTAL		**720**		**74,000**	**11**
ASENTAMIENTO					
RESERVA CULTURAL EL TROMPILLO	Sikuani-Piapocos	175	la primavera	39	1
TOTAL		**175**		**39**	**1**
MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					
MESETAS DAGUA	Sikuani – amorua	360	Insp-Casuarito	83,720	9
CAÑO BACHACO	Sikuani y amoruas	105	Insp. Guaripa	6,074	3
CAÑO HORMIGA	Sikuani-amoruas	139	Insp.Guaripa	4,327	2
TOTAL		**604**		**94,121**	**14**
ASENTAMIENTO ZONA RURAL PTO CARREÑO					
PTO COLOMBIA	saliva-Sikuani	170	Pto Carreño	579	1
TOTAL		**170**	Pto Carreño	579	1

	RESGUARDOS				**ASENTAMIENTOS**			
MUNICIPIO	Nro.	POBLACION	AREA. Ha.	C/DAES	Nro.	POBLACION	AREA Ha.	C/DADES
CUMARIBO	18	22,604	1,644,508	504	6	1,288	600,000	25
PTO CARREÑO	3	604	94,121	14	1	170	579	1
PRIMAVERA	1	720	74,000	11	1	175	38,000	1
TOTALES	**22**	**23,928**	**1,812,629**	**529**	**8**	**1,673**	**638,579**	**27**

Fuente: Información actualizada en los talleres comunitarios en el Marco del Plan Salvaguarda Sikuani. 2012

Como se puede ver en este cuadro en el Vichada se concentra el mayor número de población Sikuani. Siendo Cumaribo el municipio que más presencia reúne. Sin embargo se observa que es el Departamento en el que se tiene el mayor número de asentamientos y territorios pendientes de reconocer, constituir y legalizar.

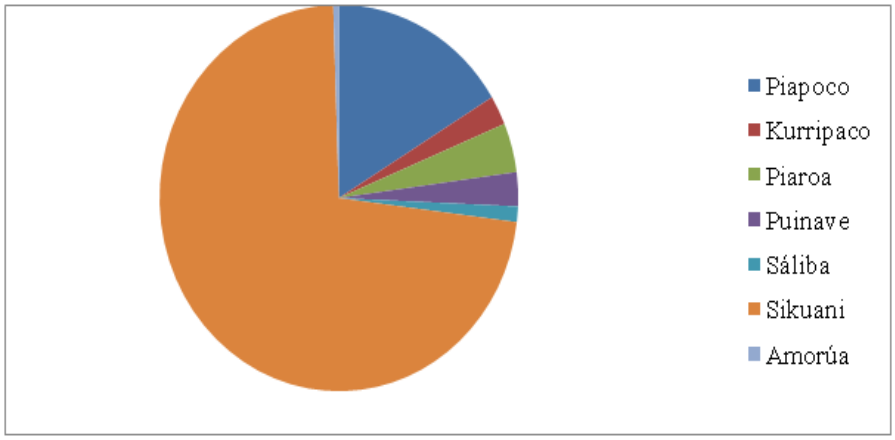
A pesar de la gran biodiversidad y riqueza natural con que cuenta el Departamento, el 66,7% de los hogares tienen necesidades básicas insatisfechas-

NBI- (vivienda inadecuada, vivienda con servicios inadecuados, vivienda con hacinamientos, personas en edad escolar que no asiste a la escuela y personas con alta dependencia económica).

La situación más difícil se encuentra en las zonas rurales donde el 84,25% de los hogares tienen NBI, mientras que en las áreas urbanas el 41,63% de los hogares se encuentra afectado; lo que podría estar relacionado con la precaria infraestructura vial, que impide la eficaz articulación con las principales vías interregionales, la utilización de los recursos públicos destinados al mejoramiento de los servicios de salud, educación y transporte y la escasez de ofertas laborales para campesinos y colonos que habitan en las zonas de difícil acceso. (Dane, Boletín C)

El Departamento del Vichada posee una base de información básica que da una idea limitada de los alcances económicos, poblacionales y sociales como insumo para el desarrollo de índices e indicadores de seguimiento. Dentro de los pueblos indígenas los más representativos por su gran cantidad de población y posesión de un extenso territorio, son los pueblos originarios y están representados según siguiente la gráfica.

Grafico 3. Población indígena Originarios Vichada



Fuente: Plan de desarrollo departamental. 2012-1015

CAPITULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN

Este capítulo recoge la conceptualización que da vida a Nuestro Plan Salvaguarda, y por tanto, el primer término a definir es éste desde dos perspectivas: la propia, y la de la Corte Constitucional, concepciones explicitas en el presente Plan Salvaguarda Sikuani. A partir de este concepto vamos a desarrollar los siguientes conceptos que son los marcos guías teóricos para desarrollar los componentes y ejes que dan cuerpo al Plan Salvaguarda Sikuani.

En esta medida, iniciamos con el *sujeto: el ser sikuani;* seguido por los derechos: el derecho mayor propio o Ley de Origen y el derecho ordinario, relacionado con los pueblos Indígenas. Y para terminar, tenemos la historia y el desarrollo histórico del pueblo sikuani, en la medida en que nos damos cuenta cómo a través del tiempo y debido a los diferentes flagelos evidenciados en el genocidio y etnocidio, han vulnerado al ser sikuani.

2.1 PLAN SALVAGUARDA

Según nuestra propia concepción, el Plan Salvaguarda es una herramienta integral que parte del auto-reconocimiento colectivo crítico-reflexivo que establece políticas y estrategias orientadas desde la ley de origen y los principios del Plan de Vida, para garantizar la pervivencia y supervivencia como pueblo sikuani, en condiciones de equilibrio en medio de la interculturalidad a través de los tiempos. También se concibe el Plan de Salvaguarda como mecanismo fundamental para la interlocución con el mismo pueblo, la naturaleza, las instituciones y las demás culturas. (Equipo técnico y político PSS, 2012)

Según lo estipulado por la Corte Constitucional, la naturaleza de los Planes de Salvaguarda Étnico es ante el conflicto armado y el desplazamiento forzado para cada uno de los pueblos indígenas identificados en el auto 004, en cuanto a la prevención y atención a sus víctimas.

El concepto “diferencial” que la Corte Constitucional sugiere debe tener un Plan Salvaguarda y que los Pueblos Indígenas reclamamos como mecanismo para el goce de nuestros derechos, también es parte inherente en cada uno de los ejes que hacen parte de los componentes de pervivencia y supervivencia. En esta medida, cada eje contiene una conceptualización propia de nuestro auto-reconocimiento, seguida de la conceptualización occidental. Igualmente, las propuestas están encaminadas a especificar claramente cómo queremos la atención, reparación y garantía de no repetición de muchos de los flagelos que nos afectan hoy día como pueblo indígena.

Así mismo, es importante aclarar que el requerimiento sobre los impactos que ha generado el conflicto armado es un tema trabajado explícitamente en el Eje de Derechos Humanos concebido aquí como un eje transversal en la medida en que hace parte de los demás ejes. No obstante, queremos enfatizar que nuestra situación actual no tiene como fondo exclusivo el conflicto armado. Por tal razón, consideramos relevante el recorrido histórico de nuestros flagelos, en donde de una u otra forma se exponen las diferentes caras opresoras y por tanto, las diferentes formas de desplazamiento tanto físico como cultural.

2.2 SOMOS UN PUEBLO CULTURALMENTE DIFERENTE (ENFOQUE DIFERENCIAL)

WAJAITSI JIWI SIKUANITSI WAJANAKA EJANAEWI KUWAI PELIWAISI NAKATO PUENETA PANAKUATA PAKUENIA JINAWANAPAJITSIATSI.

Los indígenas que pertenecemos al pueblo sikuani, tenemos un proceso histórico de lucha y resistencia por mantener nuestra identidad como culturas diferentes, desde el año 1700, se dio el primer contacto de nuestros antepasados con la compañía de Jesús en los llanos orientales y nos denominaron "*Guayvas*", dada en lengua Achagua, que en tiempos pasados fueron nuestros vecinos y así nos denominaban.

Después, en la época de la conquista de los llanos se nos denominó "*Guahibos*", no solo a los sikuani sino a todos los indígenas de la región; fue una forma despectiva de nombrarnos haciendo referencia a hombres perezosos, sucios, con un comportamiento similar al de un animal, donde se cometieron genocidios y etnocidios con el término de "*guajibiadas*"[3]

Desde la década de los años 80, a raíz de varios estudios lingüísticos realizados en el proceso de la aplicación de la etnoeducación, desde nuestras reflexiones comunitarias hemos recusado la denominación "guahibo". Actualmente nos auto-determinamos *sikuani*, los que habitamos en el territorio colombiano hemos reivindicado esta denominación que legitima y afirma nuestra identidad cultural, como lo establece nuestra ley de origen y está inmersa en nuestra lengua nativa: (Sikuaninü, Sikuaniwanü, tajasikuanikuenia).

Esta denominación *sikuani*, vinculada con los ritos propios de la cultura, según el profesor José Álvarez: "*el término sikuani se analizaría como: SI-KUE-NÜ, hueso-escava-uno, y que significaría «exhumadores de huesos»*". El término sikuani se aplicaría entonces a los grupos tradicionales que practicaban una ceremonia

[3] Política de limpieza étnica del llano en la etapa del Gobierno Republicano.

especial, (Ortiz, Etnollano, 2005) llamada el *rito del "Itomo***"** que consistía "en un segundo enterramiento" donde "*se sacaban los huesos del muerto y se bailaba, se bebían las cenizas para curación, se le daba a todas la generaciones, se asobaba a los muchachos para prepararlos para la vida*". El único pueblo que hacía este rito era el sikuani y prueba de la destrucción ideológica, es que hoy día éste ya no se practica en nuestras comunidades. (Jímenez, Rosalba. PSS. Marzo de 2013.)

Pero en Venezuela han adoptado la auto-denominación *Jiwi*, término que significa '*gente, ser humano'*. A partir de tal denominación, no habría forma de diferenciarse con otros pueblos indígenas. No obstante, como *jiwi* es un término de nuestra lengua, se entiende que alude al pueblo indígena que usa esa palabra en particular. Este término se indujo igual con el estudio lingüístico realizado por el lingüista Esteban Monsoyi.

Somos un pueblo con una cosmovisión viva

Nuestra cosmovisión está concebida por mundos y espacios conectados donde hay seres en cada uno de ellos y tienen una función específica, así narra un docente: "Según la ideología sikuani el cosmos está formado por tres mundos"[4]; en cada uno de ellos hay espacios determinados por seres mitológicos e inmortales que regulan y controlan el mundo según la ley de origen.

El mundo terrestre (verde azul)

Es el mundo del centro, donde están todos los seres vivos, entre ellos el hombre; vivimos todos los seres visibles, nos enfermamos, envejecemos y morimos, es decir, todos los seres del mundo terrestre son mortales; este es el mundo que palpamos a través de los sentidos. Y para existir, requerimos de unos elementos vitales (agua, aire, minerales, entre otros) que se encuentran en este mundo dejados por el Dios creador, este mundo fue dejado con esta característica cuando el Dios *Tsamani*, observó una hoja de un árbol que se iba secando y dijo: "los seres vivos de este mundo morirán, yo me voy de aquí y subió al espacio celestial". El hombre como ser humano es habitante de este mundo, pero no es el dueño, no puede disponer de los recursos naturales en forma exagerada, en este sentido, en este mundo terrestre, está la concepción de la existencia de seres sobrenaturales que controlan los recursos naturales renovables, la biodiversidad y el medio ambiente en el territorio, estos seres se denominan genéricamente *Yajewi*, tiene la forma de un animal que vive en el monte o de una persona, su función es ser *los controladores ambientales y territoriales,* hay varias clases de

[4] Algunas ideas dadas por Isaías Gaitán Chipiaje, Profesor Comunidad de Carpintero, río Guaviare, (texto, micros jiwidocubase,Etnollano,2005, elaborado y complementado por Rosalba Jiménez, 2010).

yajewi: *Bumapa, Jororoto, Munüanü, Jirujiru, Utjübürü, Banajulu, Kaesitonü*, entre otros.

El mundo subterráneo (Oscuro)

Es el mundo de abajo, el subterráneo, viven los seres inmortales llamados *ainawi*. Ellos son los dueños de la naturaleza, de los seres del agua y de los animales que viven debajo de la tierra; intervienen en el comportamiento de las personas cuando no obedecen las reglas de respeto a la naturaleza. Los *ainawi*, son seres invisibles que habitan por debajo de la tierra y del agua, por lo general son los abuelos de los seres que conocemos sobre la superficie terrestre en forma de animales y de personas. Los *ainawi* están pendientes de toda la naturaleza, especialmente de las acciones de los padres del recién nacido, de las mujeres a las que les llega la menstruación y del mismo recién nacido. Existen *ainawi* especiales que intervienen en diferentes situaciones, por lo tanto existen también rezos para cada uno de estos seres. En sí, los *ainawi* se clasifican de acuerdo al medio en que viven. Por tal razón cultural el hombre *sikuani* debe aprender a conocer el bosque, descifrar los sonidos de la naturaleza, conocer dónde están los peces y la cacería en las diferentes épocas del año y pedir el debido permiso a los *ainawi* para no tener problemas en su salud y bienestar social.

Entre los seres subterráneos o *ainawi***,** en el mundo *sikuani*, estos seres tienen una función de control del mundo espiritual subterráneo sobre los recursos que allí existen, el agua, los diversos minerales, como el oro, el petróleo, los cuarzos, piedras preciosas entre otros. Estos seres son los dueños de ese mundo que se conecta con el mundo verde azul, con los *yajewi*, controladores de los recursos del medio ambiente, el mundo de los seres vivos, donde vivimos los seres humanos.

Estos seres tienen su ley de origen y ellos son:

Dokowia: un ser con apariencia de un pulpo de siete cabezas.
Jamujamuli: el abuelo ancestral del chigüiro.
Tapanimaru: tiene la apariencia de un niño, muchas veces se deja ver sobre la superficie terrestre; es el dueño de todos los organismos terrestres.
Kusubaüwa: Es la abuela ancestral de la yuca. Tiene la apariencia de una mujer, es propiamente subterránea.
Jinoko: Dueña de todos los peces, es subterránea

Dentro de los *ainawi* que viven debajo del agua, tenemos la mayor parte los abuelos y las abuelas de los peces, así como:

Bakatsolowa: Abuela de todas las especies de peces.
Kuetani: Abuela de las canoas.

Meneyakali: Cernidor acuático.
Menebumaka: Guindo acuático.
Menewoboto: Cebucán acuático.

El mundo superior celeste (Resplandeciente)

Es el mundo de arriba, del espacio galáctico, que está fuera de la tierra y según los *jiwi-sikuani* se subdivide en cuatro espacios: a) El de los muninetos, es donde están los espíritus de los muertos que cumplieron con todas las reglas. b) El espacio de los dioses *Tsamanis, Makabalis, Libeni* y *Lekonai*, que es la dueña de todas las clases de comida. c) El espacio de las aves grandes del mundo terrestre, como el rey zamuro, el tábano, el abejorro, etc., son procedentes de ese mundo celeste; por eso, cuando un animal se muere en la tierra, el primero que llega es el abejorro o la mosca y le lleva la noticia al rey zamuro para que vaya a donde el cuerpo descompuesto y así lleguen los demás animales necrófagos. D) El espacio del señor Rayo, conformado por un batallón con sus poderosas armas, según los *jiwi-sikuani* estos seres son calvos y malgeniados. (Diccionario Sikuani-Español de Francisco Queixalox, Ediciones Universidad de los Andes 1988, Etnollano, 2010.).

El espacio de los dioses comprende las constelaciones que para el mundo *sikuani* son los dioses que crearon este mundo y se fueron para el mundo de arriba donde estaba primero el Dios Rayo, que raptaron sus hijos y de esa manera subieron y se transformaron en constelaciones; es por eso que los *sikuani* tenemos presentes los mandatos dados por nuestros dioses dados en las leyes de origen. Nuestra tradición dice que al principio en este mundo vivía solamente, *Furnáminali* y sus hermanos, *Tsamani, Iiwinai, Kajuyali* y *Tsaparaiduwa*, los dioses y héroes fundadores de la cultura *sikuani*. También vivía en este mundo terrestre un güio enorme llamado *Tsikiriri* o *Kuemeinü*, su esposa *Tsikiririwa* y su hija *Maxunaxunali,* que por la maldad que le hizo al Dios Kuwai, creador de los seres vivos, hizo venganza y lo transformó en la vía láctea.

¿Cómo se relacionan estos mundos?

Hay comunicación, mediante una mediación espiritual, que lo hace una persona desde el mundo del centro hacia los demás mundos, este personaje es llamado chamán o *penajorobinú*, *Kuwainü*. La comunicación se hace mediante plantas alucinógenas, existe variedad de plantas que utilizan los chamanes, como el “yopo y el capi”, hay otras clases de yopo blanco que no son cultivables sino que se dan con el poder de los dioses, los llaman Dana y *yunu*. Estos dos son captados por el mismo chamán en el momento de la borrachera, son como una especie de cristal de color amarillento, y producen efectos mentales para alcanzar a ver el mundo irreal, fuera de lo que percibimos y palpamos a través del origen de todo lo

existente en el territorio sikuani es relatado por tradición oral de generación en generación.

Somos un pueblo con Ritualidad

La vida de los sikuani, desde antes de su nacimiento, está marcada por una serie de acontecimientos ceremoniales, que se realizan a lo largo de las etapas evolutivas, su muerte y más allá de ella. Estas etapas de la vida tienen que ver con las relaciones armónicas e integrales que el ser humano sikuani-jiwi tiene con la naturaleza, con los seres sobrenaturales y el cosmos. Desde el embarazo la madre tiene que guardar la dieta que le indica el médico tradicional de acuerdo con las normas ancestrales [5]; no andar por lugares donde están los espíritus como los *ainawi* y *yajewi* (cementerios, lagunas sagradas, montañas), tampoco puede comer ciertos animales que puedan causar daño al bebé. Cuando nace el niño, la madre debe cuidarse de los *ainawi*, los espíritus de la naturaleza que quisieran llevárselo a su mundo bajo el agua. Así la mamá y el papá, ambos, deben guardar dieta, no deben salir al monte y deben cuidarse del contacto directo con los peces o los animales de cacería para que no se enferme el niño, sobre todo, antes de que se le caiga e ombligo. Para prevenir el mal de *ainawi*, se deben rezar todos los elementos e instrumentos que usan tanto el hombre como la mujer. Cuando el niño va a empezar a comer carne o pescado, después de los seis meses, se hace la ceremonia del rezo de pescado *dujuaiwaji*.[6]

Ritualidad de la pubertad: Otra etapa de la vida que se acompaña con rituales es la menarquía: *Najapata*, que convierte a la niña en mujer; en esa etapa además de los cuidados espirituales, se le da una educación basada en los consejos y experiencias de vida de su abuela y de su tía. Esos consejos son la expresión de los valores y principios de la cultura sikuani, para cumplir su rol de madre, mujer, hermana, cuñada y compañera del hombre. Para ello, la niña debe pasar un tiempo recluida en una casita especial llamada *tulimabo*[7]. Allí permanece como mínimo una luna, se mantiene ocupada hilando y torciendo cabuya para hacer los chinchorros y tejiendo redes de pescar; además entra en dieta donde sólo puede comer la *yucuta*[8] que le prepara la mamá, la tía o la abuela. Esta educación en valores se hace mediante las pruebas que se le practican a la niña durante el

[5] Jiménez Amaya Rosalba, (2010), 56 años. El siguiente relato es parte de su experiencia de vida, de las épocas de juventud y como madre. Como mujer, recibió el rezo del pescado, que es extenso y significativo para explicarlo.

[6] Es una recitación o canto larguísimo en el que se nombran todos los peces y seres del agua, desde el más pequeño hasta el más grande y se nombran los espacios donde habitan. Esto lo hace un experto, el ***pematawajibinü*** (rezandero).

[7] En la casa, se encierra un cuarto con paredes de esterillas hechas con la palma de *cucurita*, que es la manera de protegerse de los *ainawi*.

[8] Es una bebida de agua con mañoco que se toma como sobre mesa en las comidas Sikuani.

tiempo que dura el encierro, hasta el día que se le reza el pescado. Hay varias pruebas y a manera de ilustración sólo se menciona una de ellas: *la prueba de la fidelidad,* que consiste en el coqueteo que se le hace a la niña mientras está en su cuarto, los jóvenes le tiran piedritas, le hablan, le hacen bromas, ella debe permanecer seria y no poner cuidado, si así lo hace, será una mujer seria y responsable de su hogar y respetuosa de su compañero[9].

Cuando la niña termina ciertas pruebas, consejos y trabajos, se suspende el encierro con la realización de una ceremonia especial, llamada la "fiesta del reza el pescado*".* Este rezo es uno de los rituales más importantes en todo tiempo, porque hace parte integral de la vida del ser sikuani, este rezo no tiene traducción al castellano, porque se hace en un lenguaje sagrado. Quien se considere sikuani ha de profesar estas creencias y participar activamente en todas las ceremonias, cuyas manifestaciones se hacen a través de la lengua nativa. En la ceremonia del rezo del pescado los padres de la niña son los anfitriones y realizan todos los preparativos. Se busca el pescado y se cocina para todos los participantes de la fiesta.

En esta fiesta además de rezar el pescado, también se rezan todas las pertenencias del maquillaje de la muchacha como la peinilla, el espejo y los coloretes, todo esto se deja en una *guapa* con pinta especial. Durante el rezo la joven debe permanecer sentada en el chichorro y con los pies apoyados en un banquito especial llamado *tapi* que la separa del suelo y de los espíritus (*ainawi*) que están por debajo de la tierra. Mientras tanto, todas las personas de la comunidad permanecen despiertas escuchando el rezo y conversando, este es el momento cuando los jóvenes o los futuros rezanderos aprenden la oración, porque es de pura memorización.

Hoy en día, la ceremonia tradicional se combina con los bailes no tradicionales y se toman bebidas (licores). Al amanecer, cuando sale el lucero de la mañana, se consagra la muchacha a los espíritus celestiales; luego, se reza el agua donde se irá a bañar, generalmente es un caño o pozo, hacia el cual ella debe correr sin que la alcancen los demás jóvenes de la comunidad y sin caerse. Después que se cambia y se arregla, se enfrenta a su nueva vida, con la última prueba que es la de *compartir* y que consiste, en la repartición del pescado rezado. Ella es la primera que debe comer y una mujer de gran ejemplo y autoridad es la que le da el primer bocado, pero antes, se le limpia la lengua con una hierba especial y le da su último consejo, para no ser mezquina. Luego ella reparte el pescado a todos los participantes, si no le alcanza, es una señal que será una mujer mezquina, de esa manera se termina esta ceremonia.

[9] Jiménez Amaya Rosalba, "No utilizo la palabra **esposo**, porque para nosotras las mujeres Sikuani es nuestro compañero que en la lengua nativa se dice, ***Tanebarüponaponaenü,*** el hombre que anda conmigo. En el caso de los hombres la palabra es ***Tabarüponaponaewa,*** la mujer con la que ando.

El otro ritual de importancia es el del *segundo enterramiento*, que en lengua nativa se dice *itomo*, este se hacía después de dos años del entierro primario, se exhumanban los huesos y se realizaba una ceremonia especial y de mucha sacralidad. En este rito se hacía una etapa preparatoria, llamada *daipasi* que consistía en sacar los huesos del difunto, lavarlos, pintarlos y tenerlos un tiempo de dos meses mientras la familia del difunto preparaba los elementos para la fiesta del *itomo*, preparaba el *Yarake*, la comida.

La segunda etapa del *itomo* era la fiesta, se tomaba *yarake*, se bailaba, no se peleaba, se conversaba, se cantaba y bailaba el Cacho Venado; se bailaba con los huesos que estaban en un *catumare* pequeño y se guardaba en la casa. Actualmente este ritual no se practica y sólo existe en la memoria de los pocos ancianos que aún viven y que añoran esos momentos culturales que vivieron antes de la colonización, la evangelización y la incursión de la lengua castellana.

Además de los actos rituales, los sikuani- (jiwi) tienen una importante riqueza musical, expresada en diferentes clases de cantos, danzas y bailes con su respectiva coreografía, que generalmente se realizaban en las ceremonias. Hoy en día se sigue cantando y bailando en otros contextos, a través de los cantos expresan sus sentimientos de amor, despecho o nostalgia por recuerdos, al abandonar su comunidad, cuando salen o migran a otro lugar por su condición de nómadas; entre esos cantos está *Bajanakabo*. También es importante mencionar que los bailes y danzas se hacen a través de la música de flautas o carrizos, de varias clases. Hay flautas de un solo tubo hechas con un tallo de yarumo, o flautas de varios tubos o carrizos que se tocan en parejas y que hacen dos voces, macho y hembra. Las músicas de carrizo que se ejecutan en los bailes y llenan de alegría a los participantes, hoy en día se practican en cualquier tiempo. (Ortíz, 2005).

Somos un pueblo un pueblo con usos y costumbres

Tenemos una variedad de alimentos y nuestra gastronomía se basa en el Casabe el mañoco, ají y yare. El pescado en Caldo harina, en bojote, en mazamorra, ahumado, animales de monte en caldo, en yare, asados y ahumados. Tomamos, yucuta, chicha de seje, moriche y cucurita. Comemos frutos sembrados de varias de especie como piña, guama, plátano, batata, yuca, tubérculos, entre otros. Comemos también frutos de recolección y de programación.

Somos artesanos por tradición, hacemos canoas, somos tejedores de la fibra de moriche, cumare y juajua, somos trabajadores de barro, trabajamos materiales para la pesca, cacería y el trabajo del Casabe y el mañoco.

Mantenemos nuestras viviendas tradicionales, con un diseño propio y con materiales del medio, aunque actualmente, en las diferentes comunidades algunas familias tienen casas rectangulares, con techo de palma de moriche, otros han construido su casa con materiales externos, paredes de barro, madera, techo de zinc y piso natural.

En el tiempo de nuestros abuelos, antes de la colonización, el vestuario y el maquillaje constituyeron dos expresiones culturales significativas para el pueblo sikuani. Utilizaron el árbol de *Matapalo* (mapanae), era la fuente principal del vestuario tradicional, con la fibra de este se elaboraban cinturones tejidos para los hombres y faldas con pechera para las mujeres.[10]

También en esa época las mujeres y los hombres utilizaban maquillajes faciales, eran diseños de animales que tenían un significado de acuerdo con la ocasión, ceremoniales o de enamorar, para ello utilizaban el *Kayali*[11]. También se adornaban con collares.

En la actualidad debido a la aculturación han desplazado por completo el vestuario ancestral, por eso hoy en día los sikuani nos vestimos igual a cualquier persona de la cultura occidental. Aunque en otros lugares algunas familias aún elaboran el diseño de sus trajes diarios sobre todo las más ancianas, con vestidos anchos y se adornan con collares azules; de igual manera la pintura facial es aún utilizada por algunas comunidades en los actos ceremoniales que lo requieren.

Somos un pueblo con visión de conservación y preservación del ambiente integral

Culturalmente en el pueblo sikuani nos caracterizamos por haber mantenido una gran vitalidad cultural a través de estrategias de *movilidad y nomadismo*, ese modo de vida nos ha permitido desarrollar unos conocimientos ancestrales sobre el control de la naturaleza y la protección de los recursos ambientales, naturales de flora y fauna y de biodiversidad. Para nosotros es de gran importancia la relación de armonía con el medio ambiente y esto se ve reflejado en el aprovechamiento de estos recursos para el diario vivir, en la *producción armónica de la naturaleza de la oferta ambiental.* Lo hacemos en forma equilibrada y armónica a través de nuestro calendario ecológico, la preservación la hacemos en

[10] Relato de la señora Rosalba Casolúa, de la comunidad de Walapo, Municipio de Puerto Gaitán (Meta) de más de 85 años, (Información de Flor Ángela Buitrago, 2010)

[11] Es una pintura, color rojizo, arreglada con *peramán*, es como una masita que se extrae de la corteza de un árbol, llamado *kayali* y que es una especie de Achiote, pero este era rezado o conjurado de acuerdo con la ocasión, no todos los días se utilizaba, hoy lo utilizan en algunas comunidades. (información de Rosalba Jiménez).

el trabajo del *Conuco* [12] como una forma de producción que está en armonía con la naturaleza por las prácticas que se tienen en el manejo de la tierra, la forma rotativa de hacer uso del suelo y el bosque, la diversidad de cultivos en épocas y tiempos definidos y la atracción de los animales silvestres que está regida por el tiempo del Calendario Ecológico. El monte y bosques de galería se regeneran dejándola descansar, se vuelve rastrojo y allí se convierte en nicho de ciertos animales.

Para ello tenemos un saber propio para el trabajo de la horticultura que está asociado a la cohesión social y al conocimiento que se tiene del manejo del calendario ecológico y astronómico[13].

También hemos preservado el ambiente con nuestro sistema de *caza y pesca,* son actividades fundamentales en la vida diaria del sikuani para la consecución de las proteínas; para ejercer este oficio se ha requerido siempre de la elaboración de herramientas especializadas.

Somos un pueblo que tiene una tradición lingüística propia

Tenemos una lengua fortalecida, es hablada en un 85%, presenta una gran complejidad y riqueza, es una lengua entonativa, de palabras largas y hablada con mucha velocidad. Los sikuani hemos venido desarrollando nuestra lengua a través de la tradición oral, se ha trasmitido de una generación a otra, aunque en las últimas décadas se ha hecho el ejercicio de la escritura para tener documentación que se pueda preservar en textos físicos y sirva para la memoria y aprendizajes de las futuras generaciones, aprovechando las tecnologías de la modernidad.

El proceso de castellanización influyó bastante en la juventud sikuani, por el contacto permanente con la cultura occidental, aprendimos a hablar y a escribir el castellano. El resultado de los años 70s y 80s del Siglo XX en adelante, fue que muchos jóvenes y docentes no conocieran su tradición oral, ni tampoco le dieran importancia a hablar su lengua nativa. Por tal razón, desde ese entonces, se ha venido enseñando la lengua *sikuani* en las escuelas y centros educativos.

[12] Es una parcela donde se cultivan productos propios, sobre todo la yuca brava; es un espacio tradicional de uso de los pueblos indígenas de la Orinoquia y Amazonia, se hace en los bosques primarios o secundarios, mediante el sistema de tala y quema, en un corto tiempo y además es rotativo.

[13] Estos calendarios determinan el tiempo, de acuerdo con las manifestaciones de producción animal o vegetal, y la aparición de las constelaciones, que son la guía de las actividades tradicionales en relación con el medio y su entorno natural, del cual los Sikuani tienen un conocimiento muy amplio.

Somos un pueblo con conocimientos propios

Tenemos unos conocimientos y saberes desde nuestra tradición. La visión de armonía con la naturaleza, están dados desde nuestra cosmovisión, nuestra relación espiritual con los seres sobrenaturales que habitan en los lugares sagrados, con los cuales mantenemos una relación de respeto y cuidado.

Conocemos la naturaleza viva, sus comportamientos, nuestros sabedores, como depositarios del saber, tienen saberes sobre: la astronomía, la flora y fauna, la variedad de alimentos, las plantas medicinales, es decir todo lo relacionado con el mundo de acuerdo a nuestra cosmovisión. No lo tenemos escrito, lo tenemos vivo en la memoria colectiva de nuestros sabedores, el conocimiento es integral y se vivencia en la espiritualidad.

2.3. Derecho Propio Mayor. Ley de Origen

WAJAITSI JIWITSI WAJANAJUA JINONOPAEWI, KAE JUME WAJA JAINAIWI, KAE LIWAISI WAJA NAJAMATABU JAINAEWI PEJANIAKUENIA WAJA IRATA WAJAJINAWANAPAENEJA.

WAJA SALINAIWI AYEI KUENIA PERUJULIWAISI NAKATO PUENEBA NAJETARUBENA PAKUENIA NAEWETIJITSIATSI WAJA NAKUATA.

Entonces, El Derecho Mayor o las Leyes de Origen[14] son las normas o mandatos dejados por nuestros Dioses desde el principio de la creación del mundo sikuani. Nos dice de dónde venimos y son nuestra guía y orientación de la vida, que marca y determina nuestro comportamiento sikuani y nuestro compromiso con la Madre Tierra. Estas Leyes de origen son las vivencias e historias, son ciencia, son filosofía, son además la manifestación de la religiosidad y la cohesión y unidad del pueblo sikuani, que determina la misión y razón de nuestra existencia.

De acuerdo con la cosmología, los sikuani tenemos presente los mandatos que nuestros Dioses creadores del mundo nos dejaron mediante las leyes de origen, que son las normas, los principios colectivos para la pervivencia de la gran nación sikuani. Nuestra tradición oral milenaria dice que al principio en este mundo después del génesis, vivían solamente los animales silvestres, en su proceso de evolución se fueron transformando en humanos. Los dos primeros fueron los que serían los Dioses que dejaron las normas *Tsamani* y *Liwinai*, en el proceso del descubrimiento, tumbada y repartición de los frutos del gran árbol *Kaliwirinae*.

[14] Concepto elaborado sobre diferentes experiencias Sikuani. Rosalba Jiménez, 2013. Para el Plan Salvaguarda Sikuani

Se dice que los primeros humanos que luego se convirtieron en deidades celestiales fueron los hermanos: *Tsamani*, *Liwinai* y sus hermanos *Furnaminali*, *Kajuyali* y *Puminiduawa*, ellos fueron los primeros Dioses y héroes creadores de la cultura Sikuani. Otros Dioses y héroes importantes fueron *Kuwai y* Maduedani, también hubo uno malo llamado *Ada*i. También otro Dios y héroe importante fue Kuwai, Maduedani. Como los héroes buenos, también hubo uno malo llamado *Adai*. Además vivía en esta tierra un *güio* enorme llamado *Tsikiriri* o *Kuemeinü*, su esposa *Tsikiririwa* y su hija *Maxunaxunali*.

Todos estos Dioses fueron los que dieron origen a la cultura del Pueblo Sikuani, establecieron normas para toda su descendencia; en este sentido podemos decir que el origen de todo lo existente en el territorio ancestral es relatado a través de una prolífica tradición oral de generación en generación durante muchos milenios.

Normas del ser sikuani

La Solidaridad: es la norma fundamental de convivencia colectiva, de ayuda a los demás, que se conoce con el término *itaxutotsoniatane* que significa, ayudar al que necesita en las relaciones familiares y comunitarias, de trabajo, vivienda, acompañamiento, de atención en la salud física y espiritual, en la enfermedad, estados nostálgicos de dolor, en los huérfanos, viudas y madres solteras, entre otros. También la solidaridad se manifiesta en la acción de *wakena*, que es la acción de pedir y que le den algo a cambio de nada, es decir se le da a quien necesita y pide, por ejemplo: se trajo carne de cacería, generalmente vienen los niños o las ancianas y hacen presencia cuando están despresando la presa, el dueño de esta carne les debe dar algo, aunque sea para la prueba, ellos se alegran y sienten que se les tiene en cuenta.

El Compartir: es la norma social de convivencia colectiva del mundo Sikuani, se basa en la redistribución equitativa de los recursos naturales de oferta ambiental de la autonomía alimentaria, como los de la cacería, recolección de frutos, trabajos del conuco, entre otros. Porque existe un concepto: el territorio es de propiedad colectiva y de herencia de los abuelos, lo que existe en él es de beneficio para todos. Por tanto, en esta sociedad el mezquinar es un antivalor.

La Reciprocidad: es la norma social, que se conoce como la acción de dar y recibir, por ejemplo alguien visita a una determinada familia, le lleva algo como una camisa, la persona que recibe el regalo debe darle algo a la persona que trajo el regalo como manifestación de agradecimiento, por ejemplo le da una torta de casabe.

La reciprocidad también se da a la Madre Tierra, a los seres espirituales, en agradecimiento, porque nos da buena cosecha y alimentos, se agradece con

rezos, respeto. Antes se hacía con la fiesta del *kulima*, que era una fiesta de compartir frutos de recolección, se hacía las chichas y bailaban de alegría. Esta fiesta fue dejada por nuestro Dios creador *Kuwai*.

La Comunitariedad y el Colectivismo: no existe la noción de propiedad privada del territorio, de los recursos ambientales y de biodiversidad; son de todos y todos debemos cuidarlos, protegerlos para que no se acaben; la propiedad del núcleo familiar sí existe, son los terrenos trabajados de los conucos o de uso para el trabajo y viviendas.

En lo económico nadie debe tener más que el otro, sobre todo en los elementos de lujo o del blanco, en eso hay que ser medidos, por lo tanto lo económico con visión individualista de capitalización no funciona en nuestra cultura. Precisamente esto ha generado envidias y divisiones internas, *netsu itsi* este es el término en el idioma que refleja estos comportamientos, que significa, “el otro hace tal cosa y yo no”. Esto quiere decir además que la acción de tener en colectivo no puede ir más allá del bien comunitario. Por eso no se ve en las comunidades el que más tiene, sino todos tienen en igualdad de condiciones.

Mecanismos de control de las conductas sociales del ser sikuani

El AURA (Vergüenza social): es el sentimiento que tiene una persona de vergüenza, ante los demás por sentir que ha cometido una falta no digna para la sociedad colectiva. Generalmente son conductas del aura las que van en contra de las normas y valores sikuani del respeto, solidaridad y compartir. Por ejemplo, alguien abusó de su sobrina, se dieron cuenta de la conducta indigna, ha infringido la norma del *uratane*, esa persona tiene las siguientes opciones: enfrentar la vergüenza escondiéndose y no dejarse ver de los demás por un tiempo; puede alejarse de la comunidad por un tiempo o irse del todo, eso lo hace de forma voluntaria. Efectivamente, no se va solo, se iría con su familia. Y si no hace esto voluntariamente, las autoridades indígenas de acuerdo a su reglamento interno pueden ordenar su destierro.

Peleas y chismes: las peleas o rumores entre las familias cercanas, por ejemplo alguien que le pegó a su mujer y los demás se dieron cuenta, entonces la persona es vista con desprecio *(Neatsoba),* y recibe indiferencia por parte delos demás miembros de la comunidad.

La mezquindad: la persona mezquina que no compartía los alimentos de cacería, también cuando alguien le pedía (el *Wakena*). O no daba algo de su trabajo, como yuca de su conuco, plátanos u otros productos cultivados, esa persona era merecedora del desprecio de los demás, no era respetada. Por ejemplo un tío

mezquinó comida a sus sobrinos huérfanos, para no tener problemas su cuñada que es herida de sus sentimientos, ella se retira de la comunidad a otro lugar.

La infidelidad y medida de prevención y control: mantener relaciones maritales con otra mujer mientras tiene su mujer y sus hijos, no es una conducta deseada para los Sikuani. Para el control de ella, había dos medidas: una el abandono (*najanajaeta*), irse del lado del marido sin avisar y la otra es buscar una medida curativa, que se hace con la ayuda espiritual, de rezos y baños, uso de plantas de armonización y curación. De esa manera se busca la armonía familiar.

El robo y su medida de control: si alguien va al conuco de otra persona coge un racimo de plátano, arranca unas matas de yuca, esa persona puede tener problemas, si el conuco está protegido con rezos, se puede enfermar de un dolor de piernas o brazos, torcerse si no se trata a tiempo, puede quedar inválido o hasta morir. Esas medidas de control espiritual se dan para evitar los robos comunitarios. El robo no es frecuente porque a los hijos se les daba consejo de prevención y control. Esta misma medida de control espiritual se da a los objetos personales de la casa, siempre se deja la casa sin candados, se van a las faenas de la pesca o del barbasqueo y no pasa nada.

2.4. DERECHO ORDINARIO CON RELACIÓN A LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

2.4.1. Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos (Argel, Julio 4 de 1976)

Teniendo en cuenta que la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada en el marco de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1948 tiene un carácter fundamentado en la filosofía occidental, retomamos lo expresado por la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos (Argel, Julio 4 de 1976), de la cual resaltamos uno de sus presupuestos básicos, dado que se acerca más a las necesidades actuales y concepción de los pueblos indígenas, incluido el Sikuani.

Uno de los fundamentos básicos de la Declaración de Argel es el principio según el cual “El respeto efectivo de los derechos del hombre implica el respeto de los derechos de los pueblos”.

En el mismo sentido la Declaración establece en sus artículos 1, 2 y 4, que todo pueblo tiene derecho a existir, al respeto de su identidad nacional y cultural, y a no ser sometido a condiciones de vida que puedan comprometer la identidad o la integridad del pueblo al que pertenece.

En cuanto al aspecto socioeconómico, se establece que todo pueblo tiene un derecho exclusivo sobre sus riquezas y sus recursos naturales, pero también a darse el sistema económico y social que elija y de buscar su propia vía de desarrollo económico, con toda libertad y sin injerencia exterior.

Los artículos 13 y 15 prescriben que los pueblos tienen el derecho de hablar su propia lengua, de preservar y desarrollar su propia cultura, y que no se le imponga una cultura extranjera.

Finalmente, resaltamos lo dispuesto en el artículo 27, en el sentido de calificar como CRÍMENES INTERNACIONALES los atentados más graves a los derechos fundamentales de los pueblos, sobre todo su derecho a la existencia.

2.4.2. Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo

La Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT, en junio de 1989 adoptó el Convenio núm. 169, contando con la participación de gobiernos, organizaciones de empleadores y de trabajadores. Este es el segundo instrumento vinculante que la OIT aprueba (luego del Convenio 107 de 1957), dada la evidente situación de desigualdad y vulneración de derechos humanos que padecen los pueblos indígenas y tribales en todo el mundo, los cuales son el objeto principal de estos instrumentos.

El Convenio 169 se fundamenta en los principios de no discriminación, medidas especiales, reconocimiento de la cultura y otras características específicas de los pueblos indígenas y tribales**,** consulta y participación y derecho a decidir las prioridades para el desarrollo. De tales principios resaltamos los siguientes, por considerar que se encuentran estrechamente relacionados con el objeto del presente documento, el plan salvaguarda sikuani:

Medidas especiales

Como respuesta a la situación vulnerable de los pueblos indígenas y tribales, el artículo 4 del Convenio establece la necesidad de adoptar medidas especiales para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medioambiente de estos pueblos. Así mismo, establece que tales medidas especiales no deberán ser contrarias a los deseos expresados libremente por los pueblos indígenas.

Reconocimiento de la cultura y otras características específicas de los pueblos indígenas y tribales

Las culturas e identidades indígenas y tribales forman una parte íntegra de sus vidas. Sus modos de vida, sus costumbres y tradiciones, sus instituciones, leyes consuetudinarias, modos de uso de la tierra y formas de organización social en general son diferentes a las de la población dominante. El Convenio reconoce estas diferencias y busca garantizar que sean respetadas y tenidas en cuenta a la hora de tomar medidas que seguramente tendrán un impacto sobre ellos.

Consulta y participación

El espíritu de la consulta y la participación constituyen la piedra angular del convenio núm. 169 sobre la cual se basan todas sus disposiciones. El Convenio exige que los pueblos indígenas y tribales sean consultados en relación con los temas que los afectan. También exige que estos pueblos puedan participar de manera informada, previa y libre en los procesos de desarrollo y de formulación de políticas que los afectan.

Los principios de consulta y participación en el convenio núm. 169 no se relacionan únicamente con proyectos de desarrollo específicos, sino con cuestiones más amplias de gobernanza, y la participación de los pueblos indígenas y tribales en la vida pública. En su artículo 6, el convenio establece un lineamiento sobre cómo se debe consultar a los pueblos indígenas y tribales:

La consulta a los pueblos indígenas debe realizarse a través de procedimientos apropiados, de buena fe, y a través de sus instituciones representativas:

- Los pueblos involucrados deben tener la oportunidad de participar libremente en todos los niveles, en la formulación, implementación y evaluación de medidas y programas que les conciernen directamente.
- Otro componente importante del concepto de consulta es el de representatividad. Si no se desarrolla un proceso de consulta apropiado con las instituciones u organizaciones indígenas y tribales que son verdaderamente representativas de esos pueblos, entonces las consultas no cumplirían con los requisitos del convenio.

La consulta efectiva es aquella en la que los interesados tienen la oportunidad de influir sobre la decisión adoptada; esto significa una consulta real y oportuna.

Derecho a decidir las prioridades para el desarrollo

El artículo 7 del convenio núm. 169 establece que los pueblos indígenas y tribales tienen el derecho a *"decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que este afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y a controlar su propio desarrollo económico, social y cultural"*. Esto ha sido interpretado por los órganos de supervisión de la OIT como una consideración fundamental cuando se realizan consultas con los pueblos indígenas.

2.4.3. Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas

Resolución aprobada por la Asamblea General, en septiembre 13 de 2007.

En su preámbulo, la ONU en esta declaración reconoce "*el hecho que los pueblos indígenas han sufrido injusticias históricas como resultado, entre otras cosas, de la colonización y de haber sido desposeídos de sus tierras, territorios y recursos, lo que les ha impedido ejercer, en particular, su derecho al desarrollo de conformidad con sus propias necesidades e intereses*", por lo cual determina como urgente la "*necesidad de respetar y promover los derechos intrínsecos de los pueblos indígenas, que derivan de sus estructuras políticas, económicas y sociales y de sus culturas, de sus tradiciones espirituales, de su historia y de su filosofía, especialmente los derechos a sus tierras, territorios y recursos*".

En el mismo sentido, la Declaración celebra que "*los pueblos indígenas se estén organizando para promover su desarrollo político, económico, social y cultural y para poner fin a todas las formas de discriminación y opresión donde quiera que ocurran",* y que *"si los pueblos indígenas controlan los acontecimientos que los afecten a ellos y a sus tierras, territorios y recursos podrán mantener y reforzar sus instituciones, culturas y tradiciones y promover su desarrollo de acuerdo con sus aspiraciones y necesidades*".

Como uno de los aspectos que se resaltan de este reconocimiento, la declaración destaca "*la contribución de la desmilitarización de las tierras y territorios de los pueblos indígenas a la paz, el progreso y el desarrollo económicos y sociales, la comprensión y las relaciones de amistad entre las naciones y los pueblos del mundo"* y, finalmente, reafirma "*la importancia fundamental del derecho de todos los pueblos a la libre determinación, en virtud del cual éstos determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural.*"

En cuanto a las disposiciones contenidas en su articulado, acentuamos las que se encuentran en los artículos 3, 4 y 5, relativas a la libre autodeterminación en

cuanto a su condición política, desarrollo económico, social y cultural, autogobierno en las cuestiones relacionadas con sus asuntos internos y locales.

Respecto a la cultura, el art. 8 establece el derecho a no ser sometidos a una asimilación forzada ni a la destrucción de su cultura, y la correlativa obligación del Estado a establecer mecanismos eficaces para la prevención y el resarcimiento de las vulneraciones a la integridad como pueblos distintos (o de sus valores culturales o su identidad étnica) el despojo de sus tierras, territorios o recursos y toda forma de traslado forzado de población que tenga por objeto o consecuencia la violación o el menoscabo de cualquiera de sus derechos. También en el art. 11 se trata el derecho a reproducir las tradiciones y costumbres culturales, incluyendo el derecho a mantener, proteger y desarrollar las manifestaciones pasadas, presentes y futuras de sus culturas, como lugares arqueológicos e históricos, objetos, diseños, ceremonias, tecnologías, artes visuales e interpretativas y literaturas. Igualmente en lo que se refiere a sus historias, idiomas, tradiciones orales, filosofías, sistemas de escritura y literaturas, y a atribuir nombres a sus comunidades, lugares y personas, así como a mantenerlos.

Por otro lado, el art. 10 establece que los pueblos indígenas no serán desplazados por la fuerza de sus tierras o territorios. No se procederá a ningún traslado sin el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas interesados, ni sin un acuerdo previo sobre una indemnización justa y equitativa y, siempre que sea posible, la opción del regreso.

Así mismo, se reconoce el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer su propia relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros y otros recursos que tradicionalmente han poseído u ocupado y utilizado, y a asumir las responsabilidades que a ese respecto les incumben para con las generaciones venideras. El derecho a poseer, utilizar, desarrollar y controlar las tierras, territorios y recursos que poseen en razón de la propiedad tradicional u otro tipo tradicional de ocupación o utilización, así como aquellos que hayan adquirido de otra forma. Por tal razón, al Estado le corresponde asegurar el reconocimiento y protección jurídicos de esas tierras, territorios y recursos, respetando debidamente las costumbres, las tradiciones y los sistemas de tenencia de la tierra.

En cuanto al territorio, también se establece la obligación de los estados de establecer y aplicar, conjuntamente con los pueblos indígenas pertinentes, un proceso equitativo, independiente, imparcial, abierto y transparente, en el que se reconozcan debidamente las leyes, tradiciones, costumbres y sistemas de tenencia de la tierra de los pueblos indígenas, para reconocer y adjudicar los derechos de los pueblos indígenas en relación con sus tierras, territorios y recursos, comprendidos aquellos que tradicionalmente han poseído, ocupado o utilizado. Los pueblos indígenas tendrán derecho a participar en este proceso.

La educación propia también se retoma como derecho de los pueblos indígenas, al establecer en el artículo 14 que son estos quienes deben diseñar y controlar sus sistemas e instituciones docentes que impartan educación en sus propios idiomas, en consonancia con sus métodos culturales de enseñanza y aprendizaje. Y respecto al ámbito público, establece el derecho a que la dignidad y diversidad de sus culturas, tradiciones, historias y aspiraciones queden debidamente reflejadas en la educación y la información pública.

Dando aún más desarrollo al tema de la autonomía, la declaración establece que los pueblos indígenas tienen derecho a participar en la adopción de decisiones en las cuestiones que afecten a sus derechos, por conducto de representantes elegidos por ellos de conformidad con sus propios procedimientos, así como a mantener y desarrollar sus propias instituciones de adopción de decisiones. En correlación con este derecho, el art. 19 prescribe que *"los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fé con los pueblos indígenas interesados por medio de sus instituciones representativas antes de adoptar y aplicar medidas legislativas o administrativas que los afecten, a fin de obtener su consentimiento libre, previo e informado"*.

En relación con la salud, el art. 24 hace referencia a la medicina propia tradicional, a la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital, pero a su vez, al derecho que los indígenas tienen de acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud que se prestan en el país que habitan.

En desarrollo del derecho a la autonomía, se establece igualmente el derecho a promover, desarrollar y mantener sus estructuras institucionales y sus propias costumbres, espiritualidad, tradiciones, procedimientos, prácticas y, cuando existan, costumbres o sistemas jurídicos, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.

Finalmente, en su artículo 38, la declaración establece la obligación de los estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, de adoptar las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, para alcanzar los fines de la presente declaración, y advierte que los derechos reconocidos en la declaración constituyen las normas mínimas para la supervivencia, la dignidad y el bienestar de los pueblos indígenas del mundo.

2.4.4. Constitución Política de Colombia, 1991

En la historia constitucional de Colombia no se había dado reconocimiento formal a los pueblos indígenas y demás grupos étnicos, hasta la expedición de la

Constitución de 1991 con la que el Estado colombiano abrió la posibilidad a las comunidades indígenas de ser sujetos de derechos, se reconoció el carácter multicultural y pluriétnico de la nación al establecer que "*es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general"* (Constitución Política, 1991. Art. 1)*.*

En el mismo sentido, en los artículos 7 y 8 se estableció el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural y la obligación del Estado colombiano de protegerla. Con este reconocimiento constitucional a los pueblos indígenas se establece un nuevo marco jurídico especial y el desarrollo normativo de sus derechos territorial, cultural, educativo entre otros. Este cambio en la historia de la Constitución colombiana llevó a "adoptar medidas especiales para la atención de sectores discriminaos o marginaos, en los que claramente caben los pueblo indígenas" (Arbeláez, 2004).

Si bien es cierto que se ha desarrollado una amplia gama de normas para la protección de los pueblos indígenas, estas han sido insuficientes frente a la situación real de exclusión, empobrecimiento, violencia y despojo de estos pueblos. Tal situación ha sido reconocida por la Corte Constitucional y a raíz de ella se ha desarrollado en el campo jurídico una serie de sentencias y autos que plantean la necesidad de implementar medidas adecuadas para la protección de los pueblos indígenas por parte del Estado colombiano.

Dos de los más importantes pronunciamientos de la Corte al respecto, y que dieron origen a la construcción e implementación del Plan Salvaguarda del Pueblo Sikuani fueron la sentencia T-025 de 2004 y el auto 004 de 2009.

2.4.5. Sentencia T-025 de 2004

En la sentencia T-024, la Corte Constitucional planteó la grave situación de la población en condición de desplazamiento, haciendo especial referencia a aquellos grupos que tienen un mayor riesgo "*Dada la condición de extrema vulnerabilidad de la población desplazada, no sólo por el hecho mismo del desplazamiento, sino también porque en la mayor parte de los casos se trata de personas especialmente protegidas por la Constitución –tales como mujeres cabeza de familia, menores de edad, minorías étnicas y personas de la tercera edad-" (*Sentencia T-025 de 2004*)*

A partir de esta sentencia la Corte insta al Estado colombiano a tomar medidas y mecanismos efectivos para la protección de los derechos de la población que se encuentra en mayor riesgo.

Otro aspecto importante dentro de la sentencia fue la declaración del *ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL* en donde se establecen varios elementos sobre la grave crisis por la que están atravesando los desplazados: 1. la constante y masiva violación de los derechos constitucionales; 2. la ausencia de las instituciones estatales frente a la atención y acciones respecto a la población en condición de desplazamiento, ausencia que se evidencia en el aumento de acciones de tutelas como una herramienta viable para proteger los derechos fundamentales; 3. la falta de medidas para prevenir y atender la vulneración de derechos humanos a la población indígena.
En consecuencia, la Corte exige al Estado corregir esta situación, reiterando la obligación de las entidades nacionales y territoriales encargadas de la atención de la población desplazada, de cumplir a cabalidad con sus deberes constitucionales y legales. Con la sentencia T-025 de 2004 se abre la posibilidad a la población en condición de desplazamiento de exigir con mayores herramientas jurídicas la garantía de sus derechos humanos. Cabe anotar que esta solo es posible en tanto el Estado asuma sus responsabilidades y garantice que lo establecido por la Corte y la Constitución no se quede en palabra muerta. Para ello se emitió una serie de autos de seguimiento a la sentencia, estableciendo un enfoque diferencial, es decir, con estricto direccionamiento hacia diferentes tipos de población (mujeres, indígenas, entre otros).

2.4.6. Auto 004 de 2009

El Auto 004 de 2009 dio la primera pauta en torno a la situación de derechos humanos de los pueblos indígenas de Colombia y reconoce la amenaza latente de exterminio de estos, lo cual se ha visto reflejado en el aumento de desplazamiento forzado, asesinato de líderes y diferentes acciones que atentan contra los derechos fundamentales.

Si bien es cierto que los grupos armados han tenido un papel protagónico en la violación de los derechos fundamentales y las constantes infracciones al derecho internacional humanitario, en este Auto la Corte Constitucional establece otros actores que han incidido de manera directa en la situación de vulneración como son los "*megaproyectos agrícolas y de explotación de recursos naturales o bien en el apoyo a ciertas empresas y actores económicos que desarrollan estos proyectos, y con los cuales se han asociado para lucrarse con los beneficios de tales actividades (...) aparentemente algunos actores económicos se han aliado con los actores armados irregulares para generar, dentro de las comunidades indígenas, actos de violencia que eliminen o desplacen a los indígenas de sus*

territorios ancestrales, despejando así el camino para la implementación de estos proyectos productivos."(Auto 004 de 2009).

Por lo tanto el Auto determinó que el Estado colombiano tiene una doble obligación frente a la situación de las comunidades indígenas: una de prevención y otra de atención a la población indígena en condiciones de vulneración frente a los derechos humanos, con el fin de mantener la pervivencia y supervivencia de los mismos.

A partir del análisis que la Corte realiza sobre la situación de los pueblos indígenas, también se pudo establecer que existen distintos factores que han permitido que estos se encuentren al borde de la extinción física y cultural. La Corte calificó esos factores como adyacentes y subyacentes, los primeros generados por el conflicto armado y los segundos por las condiciones estructurales.

Otro elemento relevante del Auto 004 es que, aun cuando se conoce la situación de vulneración de los pueblos indígenas, no hay datos exactos al respecto, por lo cual se hace necesario contar con una información actualizada, exacta y detallada de los pueblos indígenas que se encuentran en mayor riesgo de extinción. Para ello la Corte priorizó a 34 pueblos con el fin de iniciar este proceso de recolección de información y la elaboración de los Planes de Salvaguarda. Entre éstos se encuentra el pueblo sikuani.

Para llevar a cabo el inicio de estos planes, la Corte determinó lo siguiente: "*primero que se diseñen e implementen, dentro de sus respectivas órbitas de competencia, un Programa de Garantía de los Derechos de los Pueblos Indígenas Afectados Por el Desplazamiento, con el nombre que los responsables gubernamentales estimen aconsejable ponerle y dos, formulen e inicien la implementación de planes de salvaguarda étnica ante el conflicto armado y el desplazamiento forzado para cada uno de los pueblos identificados en la presente providencia. Estos planes de salvaguarda étnica deben responder, tanto en el ámbito de la prevención del desplazamiento forzado como de la atención a sus víctimas*" (Auto 004 de 2009).

2.4.7. Programa de Garantías

Dentro del Auto se estableció que las Organizaciones Indígenas y las instituciones concertarán los lineamientos del Programa de garantía de los derechos de los pueblos indígenas, para garantizar los derechos colectivos y asegurar la supervivencia y pervivencia. Así mismo, el Programa establece una estructura de prevención y atención que debe responder de manera integral a las problemáticas,

estableciendo políticas específicas y efectivas en atención a los derechos fundamentales, teniendo en cuenta las características propias de los Pueblos Indígenas.

La Corte identifica algunos criterios de racionalidad que deben cumplir tanto los Planes de Salvaguarda como el Programa de garantías: 1. Definición de metas puntuales 2. Armonización con las demás políticas públicas nacionales que se relacionan con los derechos de los Pueblos Indígenas 3. Diseño e implementación de mecanismos e instrumentos específicos de coordinación interinstitucional a nivel nacional y territorial 4. Cronograma de implementación 5. Presupuesto suficiente y oportunamente disponible de índole nacional. 6. Garantías de continuidad hacia el futuro y 7. Implementación de indicadores de resultado e igualmente mecanismos de evaluación y seguimiento.

En relación con el programa de garantías la Corte indica que este debe armonizar con los planes de salvaguarda de manera que reflejen una misma política de prevención y atención, que las acciones se complementen entre lo nacional y local y tener en cuenta el auto 092 en el tema de mujeres y lo dispuesto en el auto 008 de 2009 en lo referente a la política de tierras, prevención de desplazamiento, verdad, justicia y reparación y garantías de no repetición.

2.4.8. Decreto 4633 de 2011. Ley de Víctimas

El objeto del decreto fue generar el marco legal de la política de atención, protección, reparación y restitución de derechos territoriales para los pueblos y comunidades indígenas como sujetos colectivos y a sus integrantes individualmente considerados, y según su propio texto, se elaboró de conformidad con la Constitución de la República, la Ley de Origen, la Ley Natural, el Derecho Mayor o el Derecho Propio, y además, teniendo en cuenta el debido respeto a los valores culturales de cada pueblo, la identidad cultural, la autonomía, las instituciones propias, sus territorios y sus sistemas jurídicos propios, entre otros factores.

Resaltamos de esta norma el reconocimiento de la condición de víctimas (tanto individual como colectivamente) de los pueblos y comunidades indígenas, de violaciones graves y manifiestas de los derechos humanos, fundamentales y colectivos, crímenes de lesa humanidad o infracciones al derecho internacional humanitario, comprendidas y reconstruidas desde la memoria histórica y ancestral de los pueblos indígenas. Así mismo, la advertencia de que lo contenido en el decreto "*no sustituye ni excluye el derecho a la reparación histórica de los pueblos indígenas.*"

En el mismo sentido, la definición de *reparación integral* para los pueblos indígenas contenido en el Decreto, que lo entiende "*como el restablecimiento del equilibrio y la armonía de los pueblos, vulnerados históricamente en sus dimensiones material e inmaterial"* y complementado con la inclusión de elementos como los fundamentos espirituales, culturales, ancestrales y cosmogónicos, entre otros, en calidad de integrantes de la referida *dimensión inmaterial*.

En consonancia con el objetivo de los Planes de Salvaguarda, se refiere que uno de sus fines es garantizar la pervivencia física y cultural de los pueblos indígenas, para lo cual, se propenderá por "*eliminar las condiciones y situaciones de vulnerabilidad y riesgos, en especial las descritas por la jurisprudencia nacional e internacional*". Entendido lo anterior como la permanencia y pervivencia "*conforme a su plan de vida oral o escrito, su ordenamiento ancestral, su cosmovisión y/o ley de origen, ley natural, derecho mayor o derecho propio*".

En el tema específico de los derechos territoriales, el decreto 4633 prescribe que la reparación integral comprende el reconocimiento, la protección y la restitución, así como el saneamiento espiritual conforme a las tradiciones culturales y ancestrales de cada pueblo, cuando el criterio de las autoridades tradicionales dicho saneamiento sea necesario. La norma también incluye la necesidad de garantizar el acceso al territorio que por razones relacionadas al conflicto armado o a los factores subyacentes se haya perdido por parte de los pueblos indígenas, especialmente los territorios considerados sagrados de conformidad con la Ley de Origen, la Ley Natural, el Derecho Mayor o Derecho Propio.

Otra disposición importante para este proceso de salvaguarda es la que se refiere a la coordinación con las autoridades indígenas para el desarrollo de los procesos de esclarecimiento, investigación, actuación administrativa y judicial, así como el respeto por parte del Estado a "todo acto, estrategia o iniciativa autónoma de los pueblos indígenas, como ejercicios políticos, colectivos, que tienen por finalidad la protección de la vida, la libertad y la integridad cultural y la convivencia armónica en los territorios".

2.4.9. Ley 1450: Acuerdos del Plan Nacional De Desarrollo PND concertados con los pueblos indígenas

El ejercicio de construcción de una política pública en materia de derechos indígenas, implica la articulación de otras fuentes normativas que han establecido con anterioridad a la formulación de un plan de salvaguarda, entre otros los acuerdos del PND y las bases del programa general de garantías para pueblos y comunidades indígenas; al respecto los pueblos indígenas han establecido un

instrumento, que permite articular desde los ejes de pervivencia y supervivencia establecidos en la formulación del plan de salvaguarda sikuani[15]

2.4.10. Jurisdicción especial indígena

Como ejercicio del derecho fundamental a la autonomía de los pueblos indígenas y en concordancia del artículo 246 de la Constitución Política que otorga funciones jurisdiccionales a las autoridades indígenas dentro de sus territorios, el Consejo Superior de la Judicatura estableció a través del ACUERDO No. PSAA12-9614 de 2012 la forma como se daría el trabajo coordinado entre la jurisdicción ordinaria y la jurisdicción indígena estableciendo: *"Medidas de coordinación interjurisdiccional y crear los mecanismos de interlocución entre la Rama Judicial y los Pueblos Indígenas, como sujetos colectivos de derechos, de conformidad con la Constitución Política, los instrumentos internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad, la Ley de Origen, el Derecho Mayor o el Derecho Propio y la jurisprudencia aplicable".*

Este acuerdo concertado con los pueblos indígenas reafirma varios de los principios que permean la administración de justicia de los pueblos indígenas colombianos. Adicionalmente ordena la creación de escuelas de Derecho Propio; capacitación a jueces, magistrados y autoridades indígenas en derecho intercultural; sistematización y divulgación de las decisiones de la Jurisdicción Especial Indígena, en aras de articular las jurisdicciones indígenas con la ordinaria de forma eficaz; por tanto, el Consejo Superior de la Judicatura, ordena la creación de la Comisión Nacional de Coordinación del Sistema Judicial Nacional y la Jurisdicción Especial Indígena que está integrada por:

1. Un (1) representante por la Macro Región Norte
2. Un (1) representante por la Macro Región Centro Oriente
3. Un (1) representante por la Macro Región Orinoquía
4. Un (1) representante por la Macro Región Amazonía
5. Un (1) representante por la Macro Región Occidente
6. Un (1) representante de la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC)
7. Un (1) representante de la Confederación Indígena Tayrona (CIT)
8. Un (1) representante de la Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC)
9. Un (1) representante de las Autoridades Indígenas de Colombia (AICO)

[15] Al respecto observar el anexo uno (1) que permite de manera clara establecer para cada uno de los ejes, la articulación con las otras políticas públicas en materia de derechos de los pueblos indígenas, en la construcción del Plan de Acción.

10. El Magistrado Coordinador de la Jurisdicción Especial Indígena de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura
11. El Fiscal General de la Nación o su delegado
12. El Presidente de la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura o su delegado
13. El Presidente de la Corte Suprema de Justicia o su delegado
14. El Presidente de la Corte Constitucional o su delegado
15. El Presidente del Consejo de Estado o su delegado
16. El Procurador delegado para los Pueblos Indígenas o su delegado
17. El Defensor del Pueblo o su delegado
18. El Ministro de Justicia y del Derecho o su delegado
19. El Ministro del Interior o su delegado
20. El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o su delegado

En cuanto a los planes de salvaguarda el acuerdo es claro en determinar que "*la Sala Administrativa deberá participar activamente en el diseño de los Planes de Salvaguarda, en donde incluirá las medidas necesarias para garantizar el fortalecimiento de los sistemas de derecho propio de las comunidades indígenas afectadas por el conflicto armado"* por lo que de su entrada en vigencia en adelante dicha sala deberá participar en los planes de salvaguarda que estén en construcción y buscar los mecanismos para articularse a los que ya han sido elaborados.

2.4.11. Sentencia T-713 de 2011

Disposiciones especiales en materia de Salud para los pueblos indígenas. La figura del resguardo indígena así como la proclamación de las autoridades indígenas como autoridades públicas de carácter especial dan enormes posibilidades para ayudar en la creación conjunta de un sistema de salud indígena que dé cuenta real de las verdaderas necesidades del pueblo indígena sikuani, su conocimiento ancestral y cosmovisión.

> "*Con todo, tal como lo ha señalado esta Corporación, el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural (C.P. art. 7), justifica que se dicten disposiciones especiales dirigidas a las comunidades indígenas. En materia de salud, existen elementos culturales (como la concepción de la enfermedad y su tratamiento) y socioeconómicos (como la existencia de una economía colectiva por oposición al mercado), que de no considerarse en su justa dimensión, hacen más difícil el acceso y disfrute efectivo de los beneficios del sistema de seguridad social en salud".* (Corte Constitucional, sentencia T-713 de 2011).

Con la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991, el respeto, la protección y la promoción de la diversidad étnica se convirtió en un afán transversal de la institucionalidad colombiana, no solamente como parte de un proceso histórico reparador, sino además como un perentorio mandato de actuación estatal en razón del acelerado proceso de extinción de los pueblos indígenas en el país.

Entonces, los planes de salvaguarda, concebidos por la Corte Constitucional como instrumentos fundamentales de atención y prevención de carácter integral para la garantía de pervivencia de los pueblos indígenas en riesgo de exterminio en el marco de conflicto armado, deben reflejar la transversalidad de los componentes de prevención y atención de la población indígena en mayor riesgo de exterminio, con especial énfasis en el derecho a la salud, el cual ocupa un lugar primordial en la gestión de la pervivencia indígena.

> *"El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna"*

Un derecho a la salud que tratándose de pueblos indígenas debe fundamentarse desde una perspectiva intercultural, ecléctica, en donde, a la vez que se permita conservar y/o fortalecer los contenidos, procedimientos y prácticas medicinales propias, directamente relacionada con la tradición e identidad cultural de los pueblos, también se pueda cumplir con los estándares nacionales e internacionales en cuanto al goce efectivo de este derecho conforme al marco constitucional y legal.

Al respecto, ha señalado la Corte Constitucional:

> *"Con todo, tal como lo ha señalado esta Corporación, el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural (C.P. art. 7), justifica que se dicten disposiciones especiales dirigidas a*

las comunidades indígenas. En materia de salud, existen elementos culturales (como la concepción de la enfermedad y su tratamiento) y socioeconómicos (como la existencia de una economía colectiva por oposición al mercado), que de no considerarse en su justa dimensión, hacen más difícil el acceso y disfrute efectivo de los beneficios del sistema de seguridad social en salud".

En cuanto al cumplimiento de los estándares nacionales e internacionales aplicables en la materia, como instrumentos básicos deben tenerse en cuenta la Constitución Política, la Ley 691 de 2001, el Convenio 169 de la OIT y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. En términos generales, conforme al bloque de constitucionalidad y a los parámetros de la OMS, la obligación fundamental del Estado en esta materia es garantizar *el nivel más alto de salud posible*[16], partiendo de considerar que la noción de salud es compleja y polisémica, en consonancia con el principio democrático, plural y multiétnico del estado colombiano y que el cumplimiento de este estándar deberá revisarse y establecerse en casos específicos dependiendo del grupo social y de la perspectiva que se tenga de la salud en dicho colectivo, como ocurre con los pueblos indígenas.

En el caso del pueblo Sikuani, ya hemos explicado esa noción aproximativa de salud que poseen, lo cual, **en el marco del presente plan de salvaguarda y en general de las acciones que despliegue el Estado en nuestros territorios, debe ser un criterio o indicador a la hora de determinar la efectividad, la pertinencia y la adecuación de los servicios de salud prestados por el Estado.** Lo anterior, considerando no solamente el cariz pluriétnico y multicultural de Colombia conforme al marco constitucional vigente, sino además en consonancia con otros instrumentos jurídicos tales como la Ley 21 de 1991, la Ley 691 de 2001 o el Convenio 169 de la OIT:

Ley 21 de 1991:

"Artículo 25
1. *Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.*
2. *Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y*

[16] Estándar descrito por la Corte Constitucional en la sentencia T-597 de 1993.

administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
***3.** El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.*
***4.** La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales económicas y culturales que se tomen en el país."*

Ley 691 de 2001:

> ***"Artículo 1o. Aplicación.** La presente ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, entendiendo por tales la definición dada en el artículo 1o. de la Ley 21 de 1991."*
>
> *"**Artículo 2o. Objeto.** La presente ley tiene por objeto proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas."*

La síntesis de estas obligaciones de garantía del derecho a la salud en relación con los pueblos indígenas en cabeza del Estado, lo condensa de la siguiente manera la Corte Constitucional:

> *"Con todo, tal como lo ha señalado esta Corporación, el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural (C.P. art. 7), justifica que se dicten disposiciones especiales dirigidas a las comunidades indígenas. En materia de salud, existen elementos culturales (como la concepción de la enfermedad y su tratamiento) y socioeconómicos (como la existencia de una economía colectiva por oposición al mercado), que de no considerarse en su justa dimensión, hacen más difícil el acceso y*

disfrute efectivo de los beneficios del sistema de seguridad social en salud".

Uno de los aspectos donde se proyecta la autonomía de los pueblos indígenas es el de la seguridad social y la salud. Al respecto, el Convenio 169 de la OIT…dispone que los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna (artículo 24), para lo cual preceptúa que los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios "bajo su propia responsabilidad y control", a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (art. 25.1)… Agrega el Convenio que los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario, y que deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados teniendo en cuenta "sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales" Sentencia T-713 de 2011.

2.5. PAKUENIA WAJALIWAISI NAMUTO NAJETARUKA WAJAJINAWANAPAE NAKUATA

Nuestra Verdadera Historia de Resistencia por la Pervivencia y Supervivencia Física y Cultural

"Nuestro territorio es todo donde habitamos, es nuestro pasado demostrado en tierra, son nuestros ancestros hechos historia"[17]

Este aporte a la reconstrucción de lo que es la "historia" del pueblo indígena sikuani no procura ser la última voz que recoja nuestra memoria, pero sí reflejar que este existir ha estado puntuado en su acontecer por la constante lucha hacia nuestra pervivencia, resistiendo diferentes formas pero en el fondo el mismo rostro: el de la expropiación de nuestro territorio. Esto se ha traducido a un conflicto de poderes en busca de lo material, no obstante, desde la cosmogonía indígena va mucho más allá de lo terrenal para dar paso a lo espiritual. De allí

[17] EN: Documento sin referencia.

nuestro interés desde tiempos primarios en la Historia de Colombia por la conservación de nuestros espacios ancestrales.

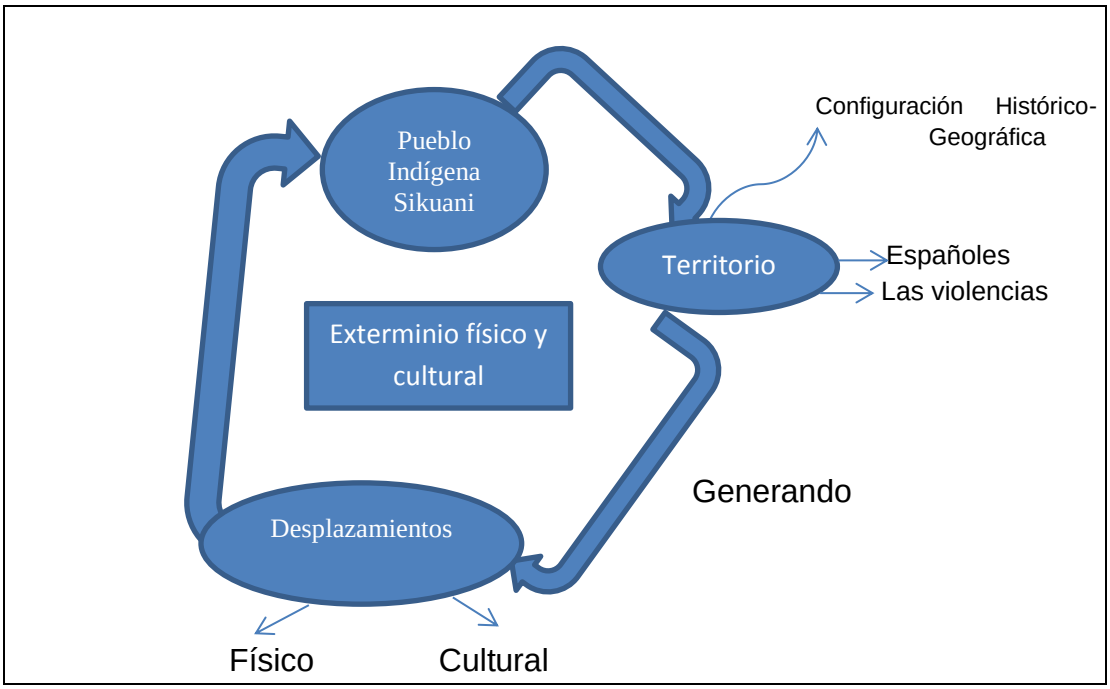
Un ejemplo de este desplazamiento cultural está relacionado con la forma como se nos ha expropiado a los indígenas no solo de nuestro territorio sino también de nuestros conocimientos; un exterminio físico y cultural que posee en su devenir una historia no solo de abusos, usurpación, y discriminación, sino también de etnocidio realizado desde la época de la conquista, y con un gran acento en los siglos XIX y XX.

Por tanto, el siguiente gráfico, explica cómo se ha configurado históricamente el fenómeno del exterminio físico y cultural del pueblo indígena sikuani y sus componentes, de ahí que se ubique en el centro de la circunferencia. En la configuración Histórico-Geográfica indiscutiblemente se debe hablar del *territorio:* los aspectos geográficos de la región de la orinoquía, el territorio ancestral de los Sikuani, las formas como a través del tiempo distintos agentes (penetración española, épocas violentas y megaproyectos) han contribuido a su desplazamiento.

En la dimensión del *desplazamiento físico y cultural*, consecuencia de las anteriores ocupaciones, es necesaria una caracterización particular de cada uno de los departamentos a trabajar en el plan salvaguarda y en donde actualmente hacemos presencia los sikuani (razones por las cuales hoy somos sedentarios en Departamentos como Arauca, Guainía, Meta y Vichada o en otras comunidades distintas a las de nuestro origen)[18] (Ver anexo 2). En lo que respecta al desplazamiento *cultural,* éste hace alusión a los cambios y pérdida de costumbres, lengua, tradiciones etc. En otras palabras, el relato histórico del cómo y el por qué el pueblo sikuani con sus particularidades tanto en el llano y la selva somos hoy por hoy lo que somos, y estamos en esa penosa lista de Pueblos Indígenas colombianos priorizados por nuestro alto riesgo de desaparecer física y culturalmente.

[18] La historia regional Sikuani por departamentos se ha ubicado en los anexos por razones de forma.

Gráfico. 4 Exterminio físico y cultural del pueblo sikuani



Configuración Histórico-Geográfica

El pueblo indígena sikuani es originario de lo que hoy se conoce como la región de la orinoquía. Esto quiere decir que nuestra costumbre de movilidad constante (control territorial) nos permitió conocer y reconocer nuestro territorio ancestral y fue este control territorial nuestra arma poderosa de defensa contra las masacres que tuvimos que enfrentar en la medida en que en muchas ocasiones logramos proteger nuestra vida trasladándonos a lugares conocidos de nuestro territorio ancestral.

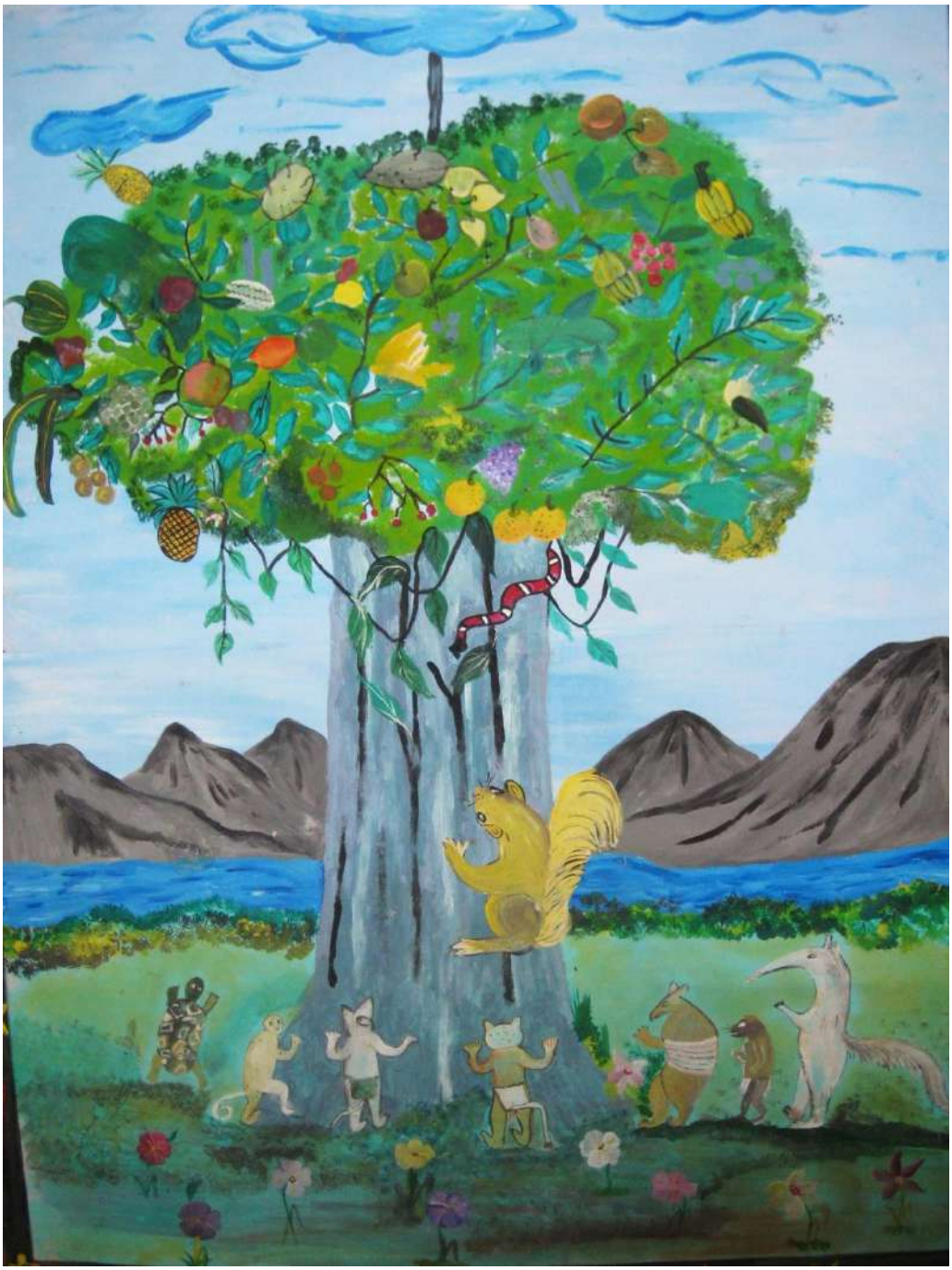
Dicho entonces que el pueblo indígena sikuani es originario de la gran llanura orinoquense, es preciso narrar la historia de nuestro principio, antes de la descripción de nuestros flagelos. Este tema está en la memoria de nuestros mayores sikuani y en la de muchos de nosotros, y documentado en algunos de los planes de vida de nuestro pueblo, además del libro “Entre Cantos y Llantos” en el cual la historia es narrada por el Mayor José María del Carmen. Aquí sólo se mencionará de una manera global.

En la historia de origen de los sikuani *Kaliawirnae* es el árbol de vida, su importancia radica en que es un árbol que tenía muchas clases de alimentos en la época en que ya existían seres humanos, los animales también eran seres humanos. Cuentan los Mayores que todos estaban pasando tiempos de hambre pero que el mico nocturno *Kutsikutsi* tenía un olor que daba ganas de comer y entonces el Chaman le dio a absorber Yopo a *Kutsikutsi* para que “vomitara” y

mostrara lo que comía. Después, se eligieron a unas personas de espías para que siguieran al mico nocturno y el primero que salió fue el Chaqueto, Picure, o Guatin pero no pudo porque no era nocturno; luego eligió a la Lapa para que lo siguiera y ella sí pudo descubrir dónde estaba el lugar donde *Kutsikutsi* tomaba alimentos; el árbol se encontraba al otro lado del Río Orinoco, por el Río Sipapo que es el origen del pueblo indígena sikuani del Meta y Vichada[19].

Del árbol de la vida surgen los principios que orientan al pueblo sikuani: liderazgo, unidad, autonomía, territorio y salud. Es origen de alimentos, del Principio de Organización Social, del trabajo comunitario, la economía (*Palomekonu*), la educación, enseñanzas y saberes espirituales. (PSS. Puerto Gaitán, 2013).

[19] Esto fue narrado por los Mayores en el marco de la Asamblea Departamental del Meta para la socialización del Documento final en Puerto Gaitán (Meta), los días 4 y 5 de Marzo de 2013.



Fuente: Estudiantes Colegio Kuawai.

***

Según Augusto Gómez, el avance de una economía primaria y exportadora en casi toda Latinoamérica, significó la sustitución del pacto colonial por uno nuevo, es decir, se tradujo entre otros fenómenos en procesos de colonización interna de las regiones de frontera y que en algunos casos se caracterizaron por ser zonas

“vacías” y en otros casos, zonas vitales y de hábitat de grupos nativos que lograron sobrevivir a la invasión europea. Sin lugar a dudas, entre éstas últimas regiones se encuentran el Caquetá y los llanos orientales que fueron objeto de movimientos de penetración y de colonización durante la segunda mitad del siglo XIX y en el transcurso del XX.

> “Si observamos la actual geopolítica colombiana, podemos apreciar precisamente que en estas regiones, últimos espacios de hábitat indígena, los fenómenos de conflicto, de violencia y de guerra abierta, unidos a las consecuencias generadas por los descubrimientos y explotaciones recientes de petróleo, oro y carbón etc., concluyen hoy los procesos de asimilación y de exterminio de los reductos indígenas, iniciados desde el siglo XVI y continuados de manera más sistemática, desde la segunda mitad del siglo XIX” (Gómez, 1991: I, II).

Siguiendo una delimitación del territorio de acuerdo a los grupos “cazadores-recolectores” que habitaban los llanos en vísperas de la invasión europea y según las investigaciones de Jane Raush, se explica que los Achagua y Sáliva se encontraban en los llanos de Casanare; los Betoy, Jirará y Tunebo en el Airico de Macaguane; los Guayupe y Sae en los llanos de San Juan y San Martín, y los Guahibo en las tres regiones (Gómez, 1991: 219).

Específicamente, el hábitat de los Guahibo Sikuani se distribuía entre los ríos Vichada y Guaviare; según el padre Marcellins Castellvi, estaban emparentados con los Guahibo 16 grupos en el meta, 4 en Arauca, 3 en Casanare, 5 en Vaupés y 6 en Vichada para un total de 34 grupos trivales muchos de los cuales en el transcurso del siglo XX fueron desapareciendo. Así mismo, la familia Guahibo está compuesta por los Guahibo o Sikuani, los Cuivas, los Hitnu y los Guayabero. El nombre de Guahibo y sus derivaciones es el nombre genérico usado por los llaneros para denominar al “indígena”. (Gómez, 1991: 232). Pero como ya se aclaró, el término que se acerca más a la Ley de Origen, es decir antes del contacto con “Occidente” es SIKUANI.

- **Sobre los Opresores y su Secuencia Histórica**

En un estudio realizado por el ICAN, se afirma que la explicación de por qué la mayoría de los colombianos tiene una “imagen mísera, mendicante y en vías de extinción” sobre los indígenas, está relacionada íntimamente con las “actitudes activas y pasivas que ellas comportan (las imágenes), que son de carácter social y cultural y hunden sus raíces en una historia ya de siglos, que empieza en el momento en que el europeo invadió a América, cuando se inició la relación conquistador/conquistado, dominador/dominado, que aún no llega a su fin (ICAN, 2012).

La violencia ha sido la característica en cada momento, ejercida contra el indio y lo indio, expresada bajo diferentes formas pero todas ellas confluyentes en la disminución de su representatividad y acceso a las instituciones políticas, jurídicas, administrativas y económicas, en la posición de inferioridad dentro del modelo nacional de jerarquización social, en la negativa abierta o soterrada a permitir la expresión en términos de su cultura ancestral, en la presión para hacerlos renunciar a sus creencias y aceptar credos extraños a su tradición, en la expropiación de sus tierras y el aprovechamiento abusivo de su fuerza de trabajo, desde las contribuciones laborales implícitas en la institución colonial de la encomienda, pasando por la conscripción forzosa en explotaciones de recursos como el caucho, hasta los bajos salarios y la subvaloración monetaria de los productos que sacan al mercado (ICAN, 2012).

El punto central de la disputa es la tierra. El prejuicio como los antagonismos raciales suelen presentarse cuando un grupo compite con otro por la posesión de tierras deseables, "donde un grupo minoritario intenta preservar su propia integridad como grupo sociocultural, dentro de una población más numerosa" y opone resistencia a la sociedad mayoritaria, es cuando efectivamente se llega a los choques de intereses. (ICAN, 2012).

Es así, que también se afirma que las cuestiones centrales que siempre han rodeado el conflicto étnico está relacionado con ***la tierra, las riquezas naturales y el trabajo***, y que deben enmarcarse en el contexto de las disputas culturales, que también se podría llamar de las contradicciones culturales; pues si bien estos elementos constituyen el eje de múltiples tipos de conflictos al interior de la sociedad, en este caso no constituyen más que la forma de un conflicto que es ante todo de “noción de vida”, traducido en términos occidentalizados en “perspectivas de desarrollo” (Castro, 2011).

Con la anterior advertencia se da paso al análisis de fondo, sobre la violencia que ha encerrado la permanencia del Pueblo Indígena Sikuani que ancestralmente ha ocupado una de las más vastas zonas del territorio Colombiano. Violencia que, se debe subrayar las veces que sea necesario, propició una pérdida de identidad cultural y está propiciando el aniquilamiento tanto físico como cultural del pueblo indígena Sikuani.

En un documento hallado en la base de datos de la Consejería Territorio, Biodiversidad y Recursos Naturales de la Organización Indígena de Colombia, denominado “Situación Territorial de los Guahibo (Sikuani) de la Orinoquía Colombiana” se hace la siguiente clasificación de las masacres contra este pueblo, y aquí también es complementado por la Lingüista Sikuani Rosalba Jímenez[20]:

[20] Esta clasificación de las masacres aparece mucho más soportada documentalmente en el texto de Augusto Gómez aunque no está relacionada de la misma forma.

i. Matanza del río Guanapalo: llevada a cabo a comienzos del siglo XX contra indígenas Sikuani. La estrategia fue invitar a un gran número de indígenas a comer y beber, para después ser conducidos a una iglesia donde fueron asesinados todos con cuchillos y armas de fuego.

ii. La matanza de Iguanitos (Sikuani) y de otros grupos guahibos cometida por la compañía petrolera “Troco” entre los años 1938 y 1942. Dicha empresa tenía un campamento en el Río Pauto a mando de Juan Díaz para limpiar étnicamente la zona. Asesinaron en este periodo a cientos de indígenas, se calcula en más de 400 solo el número de “Iguanitos-Guahibo” asesinados.

iii. Matanzas y desplazamientos de Sikuani-Guahibo en el Río Manacacías, Departamento del Meta. Se “limpió étnicamente” todo el Río Manacacías, los grupos que se negaron a desplazarse fueron asesinados como por ejemplo la comunidad Tablero en 1956. Aquí murió Julio Londoño, y otro líder llamado Naitana. De este sitio algunos indígenas lograron escapar hasta el rio Tillaba afluente del rio Vichada hacia el Tigre.

iv. Masacre de Casivalito hoy Casivare, era una gran comunidad de Sikuani que fue invadida por colonos y por tanto los indígenas tuvieron que huir para Casanare, otros bajaron para la Hormiga y otros para el Resguardo Caño Mesetas Dagua.

v. Matanza de Cuibas-Guahibo en la Rubiera 17 de Diciembre de 1967. A diferencia de las demás, este caso fue llevado a los juzgados pero los acusados fueron absueltos porque “no sabían que matar indios fuera malo”, uno de ellos alegó que ya había matado a más de 40 indios y que nunca había pasado nada, en otro testimonio se afirmaba que “matar indios era como matar monos”.

vi. Masacre de Guahibos-Sikuani en la región de Planas. Iniciada por el Ejército Nacional de Colombia el 15 de febrero de 1970. Los actos de tortura y asesinatos, se prolongaron por más de seis meses contra diferentes parcialidades de Sikuani, en especial las del río Planas que crearon una cooperativa para la comercialización de arroz. Pasó a la historia, porque gracias a la acción de sacerdotes, la noticia llegó a instancias periodísticas, e incluso dos indígenas declararon en el congreso. Un sacerdote escribió dos libros al respecto “Planas, las contradicciones del capitalismo” y “Planas un año después”, por estas denuncias, fue asesinado. Nunca, nadie fue inculpado por la matanza.

vii. En la década de los 80 la arremetida guerrillera es la protagonista de las masacres. Las Farc asesina a Marcelino Ramírez hijo de Luis Ramírez también asesinado en Planas pero por un colono. La anterior masacre y esta, se explicará más en cada uno de los Departamentos sobre todo en el Meta y Vichada.

viii. Después de las "Guahibiadas" (cacería de indígenas), vienen las pacificaciones por los mismos años 80 donde la forma de extermino ya no fue físico sino cultural, mediante el control ideológico de los Sikuani, obligándolos a cambiar sus costumbres espirituales. Este caso será explicado en el capítulo Vichada.

***

Es tal vez a partir del texto académico de Augusto Gómez que se ha logrado una aproximación rigurosa sobre los detalles y lo que ha significado el peso del poder y la lucha de intereses sobre los territorios de los pueblos indígenas en la Orinoquía.

En su obra, el autor señala que son muy pocos los trabajos relacionados a los procesos de colonización interna y la problemática indígena; la bibliografía hace referencia principalmente al periodo colonial español, dejando un vacío en lo que respecta al siglo XIX y primera mitad del XX donde las comunidades indígenas se "perdieron como entidades sociales". Por lo tanto, el trabajo de Gómez se enmarca en un contexto de fenómenos de violencia y procesos migratorios, ya que esto permite entender las causas del movimiento de ocupación de los llanos durante el periodo 1870-1970, que según el autor, fueron más fuertes que los mismos auges de los productos extractivos en el mercado internacional. (Gómez, 1991: II, IV-V).

En el transcurso de los siglos XVII y XVIII la "casa de indios" fue una actividad común en los llanos: por ejemplo, grupos de "Caribes" buscaban otros indígenas para convertirlos en esclavos e intercambiarlos con holandeses, franceses e ingleses establecidos en la Guyana. La expedición de Pérez de Quesada fue quizá la más numerosa que ingresó en los llanos aproximadamente en 1540, y la que causó más daño entre los nativos. Esta y otras expediciones que entraron en busca del Dorado ejercieron un efecto desintegrador y devastador sobre los distintos pueblos aborígenes que hasta entonces habían entrado en contacto con dichas expediciones (Gómez, 1991: 16).

Después de esta etapa de invasión española, sigue la **etapa de poblamiento** que se efectuó mediante la acción misionera, principalmente la Compañía de Jesús y Franciscanos, su labor en los llanos no estuvo determinada sólo por el interés de reducir y catequizar indios, sino también por el de abrir y colonizar una zona de frontera que ofrecía dificultades para su administración política y económica. Por lo tanto, es apenas obvio que dichos misioneros también hicieran parte del

atropello a los indígenas. El autor plantea que éstos utilizaron sistemas similares a los “blancos” para reducir indígenas:

> *cuando los obsequios y regalos no daban resultados, los misioneros permitían las expediciones de cacerías de indios, ambicionada y divertida cacería de hombres en la que tomaban parte hasta las mujeres y viejos. Como en el Brasil, esto implicaba no sólo la esclavitud bajo el manto de la conversión o cristianización sino la destrucción y muerte de aquellos que se resistían (Gómez, 1991: 18, 19, 29, 118).*

Seguido a ello, para el siglo XIX se vuelve a incursionar en la cacería de indígenas pero esta vez dentro de un contexto económico y social diferente, ya que el piedemonte empezaría a ser ocupado por colonos desplazados del interior del país cuyo producto fueron las grandes haciendas y fundos ganaderos.

Con el advenimiento de la república, se puso en peligro la existencia de las comunidades aborígenes que aún subsistían, teniendo en cuenta que la legislación latinoamericana basada en la doctrina europea del liberalismo económico, desconoció el principio de la propiedad colectiva de la tierra dejando como consecuencia el despojo de las tierras comunales por compra o apropiación por parte de poderosos terratenientes; entonces no fue extraño que desde finales de la década de 1950 y comienzos de 1960 los casos de enfrentamiento, “persecución, asesinato y genocidio se incrementaran” (Gómez, 1991: 1).

Siguiendo en el tiempo esta trágica e injusta historia de persecución y opresión, se llega al punto que se ha conocido como el **periodo de la violencia**. Todas las parcialidades indígenas Guahibas de la región del Orinoco colombiano incluyendo obviamente a los Sikuani, han sufrido un proceso de “genocidio y destrucción cultural” que va desde antes de los años 50 hasta la actualidad. A partir de los procesos de violencia consecuentes a la muerte de Gaitán en 1948, llega a la región de la Orinoquía una nueva arremetida contra la población indígena obligándola a desplazarse de sus territorios ancestrales los cuales eran interés de particulares, colonos y actualmente empresas multinacionales.

En algunas consideraciones sobre la violencia 1948-1953, Daniel Pécaut afirma que la Violencia no dio inicio el 9 de abril de 1948, y señala como antecedente las 14.000 víctimas en 1947. Sin embargo, fueron cuatro acontecimientos políticos los que Pécaut señaló como las directrices de la organización de la Violencia: el primero tuvo que ver con la ruptura de la Union Nacional el 21 de mayo de 1949; el segundo, la resolución de los liberales en julio de 1949 de adelantar la fecha de las elecciones presidenciales previstas para abril de 1950; el tercero, la adhesión del partido conservador en octubre de 1949 a la candidatura de Laureano Gómez; y el cuarto, la decisión del partido liberal de no participar en las elecciones

presidenciales en octubre de ese año, y días después, su determinación de acusar a Mariano Ospina Pérez para destituirlo. (Pécaut, 2001: 549,550).

Por otro lado, Pécaut hace mención de algunas interpretaciones "globales o explicativas" de tesis sobre la violencia que tienen como objetivo el otorgar a las oposiciones de clase la causa directa de la Violencia, cosa con lo que no está parcialmente de acuerdo: "Que haya habido una proliferación de conflictos sociales en la *Violencia* es un hecho que no se pone en duda; pero, en cambio, es especialmente discutible que los conflictos puedan ser considerados como expresiones diversas de un conflicto central y, más aún, que se puedan vincular con una misma función latente. […] Nadie puede admitir ya que la Violencia haya sido simplemente una confrontación entre los propietarios de los medios de producción y los que carecen de ellos" (Pécaut, 2001: 557).

En esta medida, para Pécaut, es la correlación de fuerzas entre la burguesía y las masas urbanas lo que constituye el trasfondo sobre el cual se generaliza la Violencia a partir de 1949; además, del rompimiento de la solidaridad de las clases dominantes que desplaza el centro de la política hacia los campos dejando a las ciudades como centros de refugio. No obstante, el autor también entiende que el fenómeno de la *Violencia* no se puede reducir a una correlación de fuerzas y mucho menos a una representación de lo político y lo social, ya que ésta constituye el resultado de estrategias, ofensivas y defensivas. (Pécaut, 2001: 562,610).

Por tanto, entre los protagonistas o actores presentes en la violencia se cuentan en las estrategias políticas a una pequeña burguesía compuesta por abogados, comerciantes, artesanos y médicos, provenientes de ciudades intermedias. En las estrategias económicas, el autor afirma que a pesar de que éstas favorecen a las clases poseedoras y hace posible el avance del capitalismo, no obedecen a una lógica de confrontación entre actores colectivos y menos definidos como clases sociales (Pécaut, 2001: 616).

En cuanto a las estrategias de resistencia colectiva, para Pécaut estas adquieren mayor importancia que las individuales en la medida en que "frente al régimen conservador o a sus procedimientos terroristas, se conforman organizaciones de resistencia armada con base campesina que surgen durante el año 1949, y se implantan muy pronto en numerosas regiones; son muy a menudo de obediencia liberal, aun cuando en ciertas zonas están influenciadas por el partido comunista que, a partir de 1950, exhorta a la "autodefensa campesina" (Pécaut, 2001: 628). Estas autodefensas fueron puestas en marcha principalmente en el sur del Tolima y también se cuentan en los Llanos Orientales.

Por otro lado y siguiendo a Ranajit Guja, Orlando Villanueva sostiene que la insurrección llanera no fue espontánea porque "la población no se lanzó a la lucha

armada sin una reflexión previa, ya que la relación existente entre protector y protegido estaba mediada por el poder de quienes se beneficiaban de ella y por los recursos que en un comienzo les brindó la clase dominante a través del DNL"(Villanueva, 2012: 79); además de ello, Villanueva también le otorga una conciencia de clase al "campesino insurrecto" ya que este tenía su propio mundo y junto a ello la voluntad para cambiarlo o adaptarse a las nuevas circunstancias.

En la primera parte hace un contexto político y económico en dos direcciones: los conflictos bipartidistas en el centro del poder nacional, y el contexto de los efectos de ese conflicto a nivel regional, para argumentar que "La agitación política e insurreccional de mediados del siglo XX en los Llanos Orientales colombianos no fue algo espontáneo y novedoso" y que por el contrario respondió a una difícil situación política, social y económica que se entremezcló con el frustrado intento de golpe de estado por parte de los liberales al gobierno oficial en 1949. (Villanueva, 2012: 159, 169).

Una segunda etapa de la insurrección estaría entre 1951-1953; se plantea que inicia terminando el año de 1951 con la firma de la Declaración de Sogamoso, y culmina con la entrega de armas en 1953; explica que aquí el enfrentamiento no era ya entre partidos, sino que los ganaderos identificaron a la insurgencia como sus enemigos, se pasó de una guerrilla "clientelar y familiar" a una "confrontación de clases". En esta etapa, hacendados, ganaderos y Fuerzas Armadas se aliaron para el "exterminio" de los campesinos llaneros. (Villanueva, 2012: 207, 208).

Otro de los planteamientos centrales de Villanueva es que así como la insurgencia llanera tuvo aliados también tuvo quienes traicionaron "la guerrilla" por prebendas ofrecidas por el gobierno, beneficios por parte de ganaderos, propiedades o dinero. Finalmente, señala que entre las causas de la desintegración de las guerrillas llaneras, estuvo la "contraguerrilla", la ya mencionada traición, y el asesinato de sus líderes; no obstante "el método apropiado para terminar con las guerrillas era precisamente el que ha puesto en práctica el gobierno del general Rojas Pinilla. El empleo exclusivo de los métodos de represión no podía dar ningún resultado, dada la topografía del país. Era necesario acudir generosamente a los sistemas de la persuasión y ofrecer a los alzados en armas la perspectiva de una amnistía de hecho" (Villanueva, 2012: 344, 368, 375).

En lo que respecta al tema que nos ocupa, hay que decir que en este texto sobre las guerrillas llaneras, se hace referencia a los indígenas como actores de menor importancia, aislados de cierta manera del conflicto, situación que llama la atención en la medida en que hijas de todo este conflicto fueron las masacres cometidas hacia los indígenas que en los años 60`s y 70`s dieron como producto las llamadas "Guahibiadas" o "Cuibiadas" (cacería de indígenas); y aunque evidentemente no era el tema de investigación del autor, si es particular el hecho

de cómo una historia de los de abajo vislumbra silencios de abuso y atropello a otros que al parecer están más abajo.

El fin de la anterior explicación no es otra sino por un lado, entender que según lo planteado por Pécaut no es tan válido otorgar a las oposiciones de clase la causa directa de la Violencia, dejando a un lado lo político y lo social; recordemos que para él, se puede afirmar que durante este periodo hubo proliferación de conflictos sociales, pero discute que tales conflictos sean considerados como expresión de un conflicto central, ya que la violencia no fue simplemente la confrontación entre los propietarios de los medios de producción y los que carecen de ellos, tal y como se verá a continuación con el conflicto interétnico de los Llanos Orientales. Se hace tal afirmación teniendo en cuenta que los Indígenas Sikuani sí son los "dueños" de los medios de producción (tierra) pero que precisamente se les ha desconocido este derecho y en medio de todo este conflicto bipartidista y luego de guerrilla, se ensució su nombre para acabarlos física y culturalmente y así expropiarlos de su territorio.

Pero por otro lado, tenemos a Orlando Villanueva otorgándole al "campesino insurrecto" una conciencia para sobrevivir a la agresión y a los conflictos dados por la relación existente entre "protector y protegido" estrechamente ligada a la difícil situación política, social y económica de lo cual el bipartidismo hacía parte elemental. Podríamos decir que en este último estudio, la guerrilla de la cual hacían parte los campesinos es vista como el grupo de "los de abajo", no obstante y como ya lo mencionábamos, aquí se está hablando de otro de esos actores protagónicos de los "de abajo" que indiscutiblemente también sufrieron afectaciones directas o indirectas por parte de las guerrillas llaneras.

***

Entonces, ya contextualizado el periodo, entremos a escuchar cómo fue entendido este proceso de violencia desde la visión indígena heredera del conflicto. A continuación un relato efectuado por un Capitán Sikuani (Jake Lara, 2012) sobre su percepción de las etapas de violencia que conoce vivieron sus antepasados y ha tenido que vivir en tiempos no muy lejanos junto con sus hermanos indígenas.

Él inicia el relato de los impactos contra los indígenas en el siglo XX explicando que una "primera guerra" se dio con la muerte de Jorge Eliecer Gaitán y el accionar de las guerrillas Llaneras a cabeza de Guadalupe Salcedo; una "segunda Guerra" con los acontecimientos desencadenados a raíz de la presencia de Jaramillo Ulloa; y "una tercera Guerra" con la incursión de las petroleras en sus territorios.

> *ya nos venían despojando para acá nos van llevando poco a poco, y nací acá el 11 de abril del 54, y allí me contaron ya mi familia, mi abuelo todo, mi*

mamá todo me dijeron, todo eso desde, el Muco Guarrojo y Domo Planas, eran de los indígenas, por la guerra nos están despojando y allí y ahora, en la segunda guerra, es Jaramillo, onde no se ha acompañado nadie, sino por acompañado por conseguir, digamos ropa, el traía y forma una cooperativa grande, entonces los indígenas trabajaban, sembraban yuca, sembraban arroz, sembraban maíz, criaban marranos, y ellos cambiaron eso, y de allí que el estado le parecía que son guerrilleros, ¡no! sino por de pronto como Jaramillo pues daba fianza, claro para trabajar y de allí mataron 1.500 indígenas por presidente de la republica que es Misael Pastrana Borrero el presidente, acabó 1.500 indígenas me consta porque yo vi, ya estoy grande por lo menos de 14- 15 años más o menos (*Jake Lara, 2012*).

Con una edad suficiente y con unas imágenes imposibles de borrar dice:

y cuando llegaron el ejércitos, cuando le quemaron toda la cara y otros lo ahogaron por ahí están algunas compañeras que está renca, mejor dicho le quitaron todas las nalgas con un, con una bala de fúsil, si hay otras compañeras aquí, eran de Planas pero ahorita ya están abajo, están en Primavera. Es que de allí para acá estamos toda la gente, lo que es primeramente vivía acá cuando nosotros veníamos de allá y la gente está acá, se llama primer tiempo (*Jake Lara, 2012*).

Según el Mayor Hernando Sánchez los indígenas nos vimos inmiscuidos también en la batalla entre liberales y conservadores pero no siempre a gusto propio; muchas de las veces fuimos utilizados a conveniencia de liberales por nuestro conocimiento del territorio, conocimiento que nos costó el señalamiento de pertenecer a las filas liberales; para poder salirse de estas filas tuvimos que dejar nuestro territorio.

resulta que algunos jóvenes indígenas de esa época precisamente cuando hubo esa presión entre los dos colores políticos algunos jóvenes indígenas terminaron más que todo en la fila del partido liberal y entonces con el miedo de que entonces los descubrieran que también participaron se fueron también saliendo, saliendo, porque venían las amenazas porque el partido liberal más que todo también en alianza con las culturas indígenas, los campesinos ellos defendieron ahora si lo que hoy en día se llama Corpo-Orinoquia, ¿cierto? La región de la Orinoquía, entonces todo esto también influyó mucho en ausentarse de sus territorios las comunidades indígenas, por haber colaborado en la fila del partido liberal porque ellos eran los que conocían caminos, porque ellos eran los que sabían (Sánchez, 2012).

Seguido de este episodio, continuaría en el tiempo la “segunda guerra” que corresponde a la **masacre de Planas 1970** y cuyo factor detonador se ha identificado en la persona de Jaramillo Ulloa. Pero este tema se relatará con mayores detalles en el capítulo correspondiente al Departamento del Meta.

La información de los testimonios históricos utilizados en la obra de Augusto Gómez, dan cuenta de muchas atrocidades y sobre todo dejan ver lo natural que era por ejemplo para los militares matar indios “era un juego, algo natural, matar *cuivas*. Todo el mundo lo hacía, hasta los marineros de esta misma lancha (de la Armada). Es más, hace no muchos años era como una especie de deporte. Hoy en día también hay matanzas”. Este es uno de los tantos testimonios sobre los hechos que el autor recoge para sustentar sus afirmaciones y al parecer fue en la época de 1973 (Gómez, 1991:354).

Lo anterior, la llamada acción de “*Cuiviar*” o “*Guahibiar*” es para el autor una actividad genocida que fue aceptada por la sociedad “civilizada” que evidentemente ignoraba la compleja estructura social de los grupos “cazadores-recolectores” y horticultores que habitaban y habitan las sabanas de la Orinoquía. Pero más aún, estas prácticas para el autor se deben explicar dentro de la dimensión histórica de la competencia territorial en la cual el indígena no fue pasivo; todo lo contrario, generó respuestas muchas de las veces violentas (Gómez, 1991: 231, 261).

En la documentación en la cual el autor soporta sus afirmaciones, se encontraron testimonios de colonos renegando de la “belicosidad” y “salvajismo” de los Guahibos por los daños que éstos causaban a los hatos ganaderos de los colonos cuando asaltaban las haciendas y fundos acabando con todo. En alguno de los testimonios una mujer termina su denuncia expresando que no entendían por qué los “nativos” actuaban de esta manera, e inmediatamente se reflexiona sobre el documento del ICAN, donde se plantea que *la ignorancia sobre lo indígena y su cosmovisión, y la visión de “menores” por parte de la sociedad mayoritaria también han sido responsables históricos del señalamiento y genocidio étnico.*

Hay que entender que el marco de referencia que Augusto Gómez adopta para su ilustración teórica es materialista. En este sentido, el autor expone que los conflictos interétnicos en los llanos han correspondido a una lucha entre sistemas adaptativos cuya coexistencia no ha sido posible por las diferencias estructurales en el uso y apropiación de la tierra de los indígenas y los colonos. Es en este paisaje de competencia territorial y al tiempo del avance colonizador, que se fue conformando entre los colonos “una visión del indio y de lo indígena como “irracional”, “salvaje”, “agresivo” y “peligroso”, que históricamente sólo puede entenderse como el resultado de un enfrentamiento secular entre órdenes económicas y socioculturales diferentes y excluyentes” (Gómez, 1991: 260, 26).

Pero a este componente de lucha en la competencia territorial por la obtención alimenticia, habría que agregarse la dimensión espiritual: los grupos indígenas no solo han luchado por *una* tierra, históricamente han resistido por *su* tierra, esa de donde surge el origen de su vida arraigada en mitos y leyendas, esa en donde

están enterrados sus antepasados, esa que día a día les ha proporcionado el sustento de vida. Lamentablemente también habría que decir que debido al contacto con lo exterior (españoles, misiones, colonos, multinacionales) y su fuerte impacto, la relación que los pueblos indígenas han tenido con la tierra en algunos casos ya tiene otro color, debido también al desarraigo cultural y la pérdida de sus tradiciones como ya se explicó cuando hablamos de lo que significa *territorio* para los *Sikuani.*

En cuanto a la "tercera guerra", la fase petrolera, el Mayor Jake Lara manifiesta lo siguiente:

> "nunca el gobierno piensa hacia el indígena antes querían matar ya, quería acabarse, ya están acabando ¿cómo están acabando? Ya acabé de decir con el vapor de este el oro negro, mira: hay como 20 ancianos ya muertos, se enfermó, se murió, primer tiempo cuando no había eso la explotación, cuando no había la exploración, cuando no había ondas cuando no había sísmicas, cuando no hay invasiones de esa empresa petrolera, el indígena vivía, se reía, cantaban, andan bien, bien organizados, trabajan, comen, mucha cacería, ellos siembran las comidas tradición y ¿ahora qué?"(Jake Lara, 2012).

Entonces, y para entender la dinámica de cómo se está narrando la historia de los Sikuani en este Plan de Salvaguarda, se deber señalar lo siguiente: en este apartado general, como su nombre bien lo indica, de manera muy amplia se hizo un balance de los factores que han intervenido históricamente desde la colonia, pasando por la República y el siglo XX hasta llegar a nuestros días al Pueblo Indígena Sikuani de la Orinoquía colombiana, y cómo a partir de ello está en riesgo de un eminente exterminio físico y cultural.

Así las cosas, en cada uno de los apartados Históricos por departamento se hará énfasis en un episodio de intervención (sobre todo del siglo XX) no porque sea lo único que ha afectado a los Sikuani de tal región, sino porque de una y otra manera en este periodo, se presentaron las intervenciones de las cuales poco se ha hablado y no tiene conocimiento la sociedad mayoritaria, intervenciones que dicho sea de paso son las que más han causado impacto negativo para nuestra pervivencia y supervivencia.

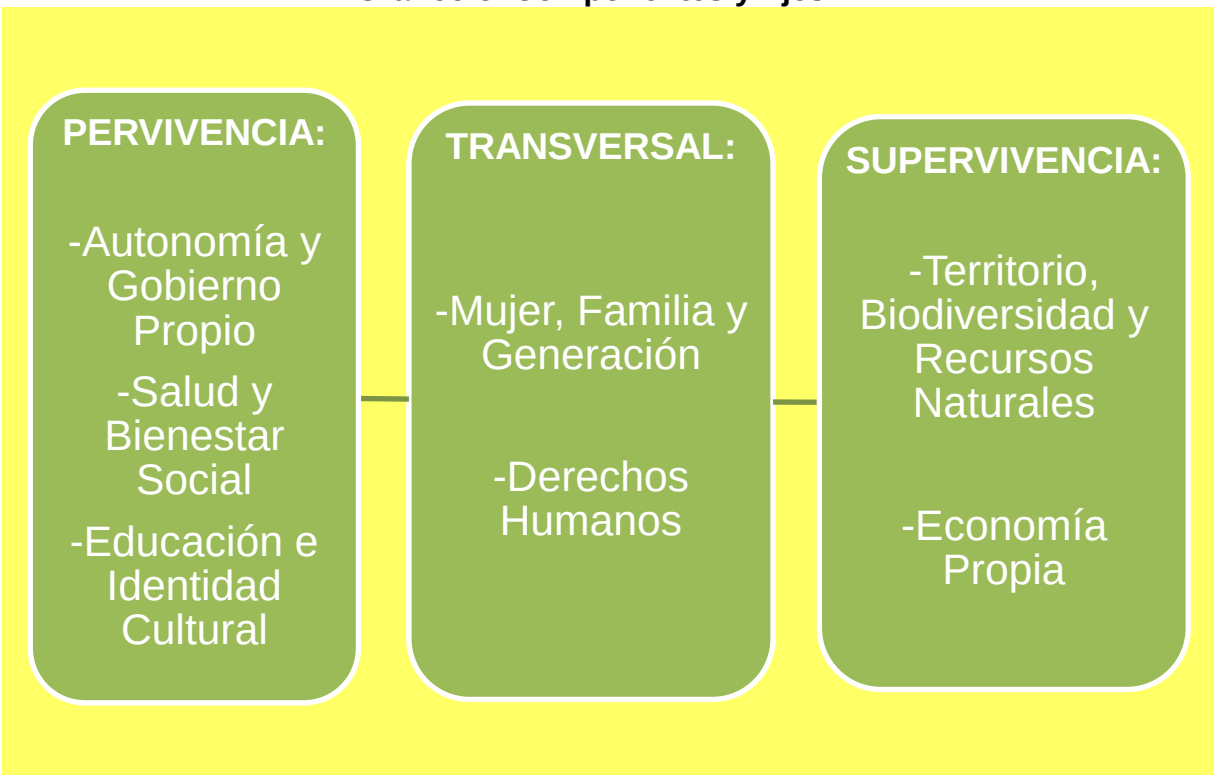
Por ejemplo, la masacre en Planas en 1970 generó un gran desplazamiento de Sikuani hacia lo que hoy es Arauca, Vichada y Guainía. La intervención evangelizadora de los años 80´s en el Vichada transformó en gran parte nuestra Cosmovisión y en Arauca la masacre de nuestros Hermanos Iguanitos, se puede decir desconocida por muchos, son sólo unos ejemplos.

CAPITULO 3 AUTO-RECONOCIMIENTO

Se entiende por Auto-reconocimiento la reflexión que se realiza internamente para identificar y expresar de manera clara las diferentes problemáticas que aquejan a las comunidades indígenas del Pueblo Sikuani en cada uno de los departamentos de Arauca, Guainía, Meta, Guainía y Vichada. Por tanto, en este apartado se pretende dar una visión sobre las problemáticas de los Sikuani en general, pero teniendo en cuenta las particularidades departamentales.

La información está organizada de acuerdo a las dimensiones y cada uno de sus ejes temáticos: Pervivencia: Autonomía y Gobierno Propio, Salud y Bienestar Social, Educación e Identidad Cultural. Supervivencia: Territorio, Biodiversidad y Recursos Naturales y Economía propia. En el eje transversal ubicamos Mujer, niñez, juventud, ancianos y los Derechos Humanos porque ellos están inmersos en todos los anteriores ejes.

Grafico 5. Componentes y Ejes



3.1. PERVIVENCIA

3.1.1. Autonomía y gobierno propio

El gobierno propio son las normas o formas de comportamiento que organizan la vida en todos los ámbitos, en la familia, en la comunidad, en la relación con otras sociedades. Esto se enfatiza desde el conocimiento propio, donde se presenta la justicia como un sistema de gobierno que obedece a una forma de organización.

En este sentido el sistema de gobierno propio del pueblo Sikuani, está dado en dos líneas de ideas que marcan una diferencia cultural. En la primera línea se presenta lo relacionado con la visión propia de organización que se sustenta en los principios de la cultura, que son la base fundamental que sostiene y fortalece este sistema. Lo segundo son los parámetros de complementariedad de este sistema que se articulan con los elementos externos necesarios para la vivencia en el mundo, como los intercambios interculturales que demandan nuevas dinámicas y conocimientos.

El sistema de gobierno propio ancestral

En este sistema la relación de autoridad y poder se da en un sentido horizontal, la estructura organizativa social y política se ejerce con sabiduría espiritual; se trata de un cuerpo colegiado, de coordinación y ayuda mutua: "la Capitanía**",** compuesta por el capitán (*pematakaponaponaenü*), los médicos tradicionales (*peyapütaewi)* y los Guerreros o alguaciles (*Isimali*), que gobiernan en una unidad y armonía. De manera que se trata de una autonomía real sin interferencias externas.

Este gobierno ancestral se caracterizó porque se dio en un contexto de nomadismo y movilidad rotativa; cada familia extensa tenía un gobierno conformado por unas autoridades, con funciones políticas y sociales determinadas. Este sistema de gobierno propio se dio desde la ley de origen del *unuma*[21], que consiste en el principio del trabajo de interés colectivo y de convivencia armónica que abarca todos los aspectos de la vida. Esta forma de organización *unuma* es el origen de cómo se organizaron los antepasados desde el más chico hasta el más grande; de acuerdo a su función natural se determinaron tareas. El trabajo de la tumbada del árbol *Kaliawirinae* (árbol de la vida, de todas las frutas)[22], es la norma y principio de armonía y convivencia que

[21] Es un término en la lengua Sikuani, que significa, la forma de organizar el trabajo colectivo y comunitario en la sociedad Sikuani, que consiste en trabajar todos juntos sin cobrar y pagar el trabajo, es de ayuda mutua y de reciprocidad. Se comparte la comida en el trabajo.

[22] .Esta parte del conocimiento fue socializado en los talleres de sensibilización comunitaria de los núcleos uno y dos que se realizó en el marco de este estudio de autodiagnóstico, el maestro de historia y cosmovisión

ha regido la forma de organización interna de las comunidades indígenas del pueblo Sikuani.

Este sistema de gobierno propio ancestral tuvo dos formas de organización:

-La Organización Familiar (Nakaebanamonae pakuenia banaxaina)

El pueblo Sikuani antes de la colonización y sedentarización estuvo organizado por clanes con pertinencia territorial, existía además un sistema de organización y cohesión familiar, que giraba en torno a la autoridad que ejercía el abuelo(a) que cumplía funciones de consejero, orientador y formador de sus hijos(as) y nietos(as) en valores y en prevención de conflictos en la vida comunitaria. Desde entonces se ha definido la conformación familiar, desde la forma de contraer matrimonio, el rol de la mujer, como la esposa del capitán y el papel de la mujer en la organización familiar y comunitaria. Una forma de cohesión familiar y de relaciones comunitarias se ve en la gran familia extensa, donde se infundía una educación en valores familiares y de colectividad, así como el compartir y la solidaridad, denominado *wakena*[23]. Además en cada familia se reparte el trabajo de acuerdo a los roles de hombre y mujer, los hijos, el yerno y la nuera, así, en el trabajo de las artesanías, en el tejido de fibras, la elaboración del casabe y el mañoco, la harina de pescado *Jiope*, los chinchorros, canoas y las flechas para la cacería.

Organización comunitaria

El sistema de organización comunitaria se rige por el principio de unidad *unuma*, de manera que siempre hay alguien que organiza y dirige las actividades sociales, que es la autoridad. Antes en la etapa de vida nómada cuando las familias sikuani se movían rotativamente en el territorio ancestral determinado, cada familia o grupo de *momowi* (clán) tenía la figura de autoridad llamado capitán / *Pematakaponaenü* (el que guía y dirige andando) era una autoridad política de respeto y obediencia, este era el encargado de orientar y conducir las actividades dentro de un espacio territorial y un clan familiar. Su función en ese entonces, era ser guía orientador y coordinador del trabajo *unuma* en los conucos, en las faenas de las cacerías, en la recolección de frutos, en la hechura de las casas, en la

el sabedor José del Carmen, fue quien desarrollo este tema, del cual es autor del texto génesis en el libro "Entre Cantos y Llantos" Editado segunda versión por Etnollano en junio 2010.

[23] Es una acción de solidaridad y compartir, que consiste en, cuando alguien de la comunidad trae un animal de casería, cuando lo están despresando o a la casa del cazador llegan las ancianas o niños a mirar y observar de cerca, esa actitud significa que están pidiendo y se le debe dar su parte, de lo contrario es una conducta indeseable por la cultura, que demuestra su mezquindad.

cercada de los caños para la pesca colectiva de barbasquear[24], recolección de plantas y bejucos para barbasquear, organizaba las actividades culturales como el rito del *itomo*[25] entre otras actividades.

Otra figura de autoridad es el papel que jugaron los *médicos o sabedores ancestrales* que eran quienes acompañaban al capitán, eran su mano derecha:

Penajorobinü Es la persona de mayor jerarquía, tiene el poder y la energía del Dios *Tsamani*, maneja un conocimiento integral de salud y enfermedad, integra varias disciplinas del saber propio, tiene la capacidad de orientar espiritualmente, de organizar, como también de realizar procesos de sanación, prevención de enfermedades, formular el tratamiento de las diferentes enfermedades y armonizar los conflictos internos.

Peyatsemaüjübinü: Es el hombre que tiene el poder de comunicarse con el dios *Kuwai* y así puede visionar y pronosticar el futuro de la comunidad, puede mirar las conductas de personas que afectan la familia y la comunidad; en casos especial que le soliciten a través de un procedimiento especial pueden comunicarse con él los espíritus de la naturaleza.

kuwainü (wa). Es el hombre o mujer que tiene el poder del Dios *Kuwai*, es un saber adquirido por un don especial, pues no tiene un saber aprendido de otro, tiene la capacidad de sanar, adivinar, orientar y prevenir los peligros.

Pematawajivinü (wa): Es el hombre o mujer que se encarga de realizar el tratamiento de sanación de una enfermedad o la prevención de un conflicto que se avecina a la comunidad, armoniza los conflictos familiares y comunitarios, es el que armoniza la relación de hombre con la naturaleza a través de los diferentes rezos y cantos dados en la ley de origen mediatizado por los seres de la naturaleza.

Los Isimalis: Eran guerreros jóvenes con agilidad, que se conjuraban y se protegían espiritualmente para no tener problemas con los enemigos. Ellos eran los que ejercían el control territorial.

El sistema de gobierno propio actual en relación con la cultura occidental

[24] Era una actividad de pescar en los caños y lagunas en las épocas de verano, con bejucos venenosos, se tenía prácticas y dietas para hacerlo, cualquiera no lo hacía.
[25] Es el rito que identifica al Sikuani, que consiste en el segundo enterramiento, se danza, y se baila, se encuentra en el texto anexo.

El actual sistema de gobierno propio del pueblo Sikuani, tiene una estructura de autoridad y poder en tres niveles desarticulados, con una autonomía muy compleja y relativa, pues todos toman decisiones en los diferentes niveles. A nivel local, están las comunidades con la autoridad del C*apitán* en su espacio comunitario, allí se organizan y toman sus decisiones**,** se relaciona con la figura de cabildo que es la autoridad del resguardo, que también tiene sus funciones. En otro nivel está lo regional que son figuras voceras y representativas y también ejercen autoridad y poder. A nivel nacional e internacional están otras instancias representativas como la ONIC, OPIAC, entre otras, igual ejercen autoridad y poder. En todas las instancias se da un relacionamiento de poder con los gobiernos y del orden externo de acuerdo a su nivel (local, regional, nacional).

En primer nivel, actualmente el pueblo Sikuani, continúa con la figura de autoridad del C*apitán* que ahora tiene doble funcionalidad, internamente es quien orienta, controla, acompaña a todos los miembros de la comunidad, vela por la cohesión familiar y por el bienestar de todos. La gran mayoría de los capitanes son respetados por todos los miembros de la comunidad, de igual manera el control social y comunitario lo hace de acuerdo a los usos y costumbres Sikuani.

A nivel externo su función es coordinar acciones con las instancias representativas que tiene cada departamento, ya sea Cabildos, Asociaciones y hasta organizaciones, para responder a las demandas de los programas del gobierno, son los que asisten a las reuniones que convocan el Cabildo, las instituciones del gobierno y las empresas en los procesos de consulta Previa; además es el que recibe y controla los programas institucionales que llegan a la comunidad y vela para que la educación funcione bien donde tienen escuelas o colegios.

Ante esta situación actual, las comunidades han cambiado el sistema de elección del capitán, se busca un perfil de comportamientos y conducta que la comunidad define, además de conocer el castellano y la cultura blanca, como no ser tan joven, no ser peleador, tomador ni perezoso.

La Autoridad de Cabildo de los Resguardos

Un cambio fundamental es la creación de una forma de autoridad, de visión colectiva en un espacio territorial amplio que ha desplazado el poder tradicional. Esta nueva forma de gobierno es la que demanda el territorio denominado resguardo, quien manda es la figura de cabildo de acuerdo a la ley 89 de 1889, y otras leyes y normas nacionales que antes eran excluyentes, pero que hoy son incluyentes y reconocen los derechos fundamentales y colectivos. Esta forma de gobierno del territorio colectivo comprende: el gobernador, Vicegobernador secretario, fiscal, tesorero y aguaciles. En varios pueblos indígenas se ha venido

transformando a presidente, vicepresidente, secretario, tesorero, fiscal y guardia indígena.

Este sistema de gobierno con la figura de Cabildo, fue impuesto desde el momento en que fueron creados los resguardos por parte del INCORA con la expedición de las diferentes resoluciones. Esta figura de Cabildo es de origen colonial y se dio en la zona andina, mientras que en los pueblos indígenas del llano la figura de autoridad se rige por capitanías. Este cambio brusco se dio sin ninguna orientación y preparación en su momento, porque respondió a una coyuntura del gobierno nacional, pues en ese momento no se dieron consultas y se aplicó una política de imposición.

Pero con las conquistas jurídicas de la Constitución Nacional de 1991, se demanda que los pueblos tengan posiciones propositivas en desarrollo de las conquistas de los derechos y el reconocimiento en la diversidad cultural. Por tanto ahora los pueblos indígenas para el cumplimiento de los derechos, han asumido nuevas responsabilidades como las administrativas al manejar recursos de transferencias.

De igual manera para responder a esta situación los sikuani estamos en mora para cumplir estos retos; en los departamentos de Vichada, Arauca, Meta, algunas comunidades y resguardos se han asociado mediante la figura de Asociación, llamadas *ATI*, y han adecuado sus organizaciones en asociaciones mediante el **decreto 1088 de 1993,** avanzando en el planteamiento de su desarrollo propio y la planificación de sus recursos de transferencia, mediante la elaboración de su Plan de Vida y sus planes o proyectos educativos, sistemas de salud propia, entre otras.

Este nuevo sistema de gobierno propio, ha influido en el cambio de este sistema de gobierno propio interno de visión ancestral Sikuani. En este contexto los resguardos han venido sufriendo una serie de cambios profundos en su organización política, económica, en sus relaciones sociales, en su pensamiento y en los modelos de asentamiento que determinan.

A nivel regional y nacional, el pueblo Sikuani, aún no posee un sentido de pertenencia respecto a las instancias representativas de las cuales dicen representar a las comunidades locales. En el Vichada se tiene el CRIVI, pero es invisible; en el Guainia el ASOCRIGUA, están los Sikuani, pero son minorías con otros pueblos indígenas, así que poco se visibiliza. En el Meta se tiene la ACIM, y tampoco hay visibilidad ni sentido de pertenencia como pueblo sikuani. En Arauca está ASCATIDAR, igual se viene trabajando, pero las comunidades sikuani están invisibilizadas en las decisiones de autoridad y poder.

Ahora a nivel nacional, desde la creación de la ONIC en 1982, el pueblo sikuani de los 4 departamentos ha estado vinculado con esta organización. La organización está conformada por grupos de cinco macro-regiones, los Sikuani hacen parte de la región Macro-Orinoquia. Además existe un órgano representativo a nivel nacional antes llamado Comité Ejecutivo, hoy conocido como Autoridad mayor del Gobierno de la ONIC. Ha sido un proceso importante, pero siempre hemos sido invisibles, maginados por parte de los representantes del poder Central que ha estado en manos de dirigentes de otras regiones desde su creación; en la macro-Orinoquía, nos han dejado llegar a la figura de Presidente ahora Consejero Mayor.

Jurisdicción especial indígena

Nuestra justicia propia está basada en la ley de origen o derecho mayor, los usos y costumbres del Pueblo Sikuani, la forma de hacer Justicia se instaura en la *Palabra y la Tradición.* En la estructura del gobierno propio ancestral, existe la justicia propia. Las autoridades del núcleo familiar eran los primeros que iniciaban la enseñanza de las normas y valores de la cultura, para la prevención de conductas no deseadas por la sociedad Sikuani. "*La palabra que aconseja y con el ejemplo*" esto lo hacía la autoridad familiar (los abuelos).

En el ámbito comunitario, estaba la estructura de las autoridades del Capitán, las autoridades tradicionales y los *isimali*. A nivel comunitario, se tenían ya definidas las conductas no deseadas y de conflicto comunitario, a través de unas normas de control social como:

El *Aura* (Vergüenza Social)
El *Atsoba* (El desprecio social)
Namatayaba (El aislamiento Voluntario)

La autoridad familiar era la encargada de educar al niño(a) cuando tomaba cosas ajenas. Esta conducta debía ser castigada, se llamaba al niño y se conseguían unas hojas de lengua de vaca, se le forraban las manos con esas hojas y seguidamente se llevaba al niño al lado del fogón y poco a poco la señora madre o alguien de autoridad como el tío o la abuela iba acercando al calor sus manos forradas y se le va diciendo porque se hace eso, hasta que el niño reconocía que había hecho algo mal y no lo volvería hacer. Este era un castigo más bien psicológico, porque de verdad no se le quemaban las manos sino que se les calentaban.

La justicia en el ámbito comunitario actual

En la actualidad la justicia se da de acuerdo al reglamento interno que tienen los resguardos, aunque no lo tienen escrito, se ha definido el deber ser frente a las

conductas de las acciones que tienen que ver en los conflictos colectivos. Así cuando alguien comete una falta las formas de resolver los conflictos se presentan dependiendo de si la falta es grave o leve. Cuando es leve se trata en la casa de la persona afectada (conciliación), pero si el problema es grave se resuelve delante de la asamblea o reunión aplicando la "Justicia de la vergüenza" el Aura, que consiste en llamar la atención a la persona en público, aunque en ocasiones se puede remitir al sistema de la justicia ordinaria.

Las faltas que se presentan respecto al comportamiento con la naturaleza determinan nuestro bienestar o enfermedad. *La enfermedad* depende de la indisciplina social que se tenga, del sin sentido que le demos a la vida y el mal comportamiento con la madre tierra o inadecuado uso del territorio. Esta falta se cobra con la espiritualidad, se hace mediante un acto de justicia por parte de los médicos tradicionales. Cada persona posee un espíritu que permite devolver el bienestar a quien lo ha perdido, por ejemplo: espíritu piedra, planta, aire, sol, tierra, de la medicina tradicional, ya que son estas personas las que aún conservan la facultad de interactuar con los demás seres de la naturaleza y poner en juego su propio espíritu.

Las faltas o conductas que van en contra del *Bienestar social, espiritual del individuo o del colectivo,* que rompen con la armonía y equilibrio de la comunidad en valores colectivos de unidad, territorio, cultura y autonomía; no solo se refieren a las malas conductas de convivencia con la otra persona, sino también, desde nuestra cosmovisión a la mala convivencia que el individuo o grupo tenga con los seres de la naturaleza, el irrespeto a los sitios sagrados como las aguas, los montes, sabanas, ríos, lagunas, morichales, entre otras.

Problemas de Gobierno Propio.

Las actuales estructuras de gobierno propio del pueblo Sikuani presentan debilidad, se está manifestando una crisis de gobernabilidad porque se ha venido perdiendo la forma de control social interna y se ha ido desvirtuando nuestro sistema de gobierno tradicional de control social y no se cuenta con una alternativa para suplir este vacío.

Se impuso el sistema de cabildo de la zona andina y las comunidades aún no hemos asimilado esa forma del gobierno del Cabildo, esta figura de gobierno está debilitada, las autoridades no se han apropiado del nuevo sistema organizativo del nivel externo, generando conflicto por ejercer el poder en el control de los recursos.

Además se están presentando divisiones internas debido a factores religiosos, políticos y económicos, además se está nombrando a gente joven por el hecho de

hablar español para que sean representantes antes las entidades del Estado desplazando así a las autoridades mayores.

Por otro lado, falta capacitación y cualificación en los líderes y demás miembros de las comunidades respecto a las funciones y facultades del cabildo, de los diferentes cargos, de la legislación relativa a los asuntos indígenas y del manejo de los recursos provenientes del sistema general de participaciones en la elaboración de proyectos, en gestión y administración pública.

En los resguardos la autoridad del Cabildo y de las asociaciones no cuentan con los recursos económicos propios para la sostenibilidad organizativa del gobierno propio, para su funcionamiento interno, ni cuentan con proyectos y programas propios para las comunidades. No hay un presupuesto para las reuniones del cabildo, para los trabajos de los temas internos, y las comunidades tampoco aportan para su desplazamiento en las gestiones institucionales ni para la alimentación, entre otros gastos.

Aunque existe una dependencia económica para los recursos de transferencia y para los programas que el gobierno da a las comunidades, los proyectos son administrados y ejecutados por terceras personas, lo cual hace que el beneficio no se dé como tal, porque llegan pocos recursos y las comunidades siguen igual, lo que genera descontento; además los resguardos no cuentan con personal indígena que sepa hacer proyectos.

En el gobierno propio de resguardos de los departamentos del Vichada, Arauca, Meta y Guainía, se ve una importante falencia en la parte administrativa y de planeación, pues no se cuenta con una sede de gobierno propio donde se organicen los documentos públicos, se tenga la información pertinente en un sistema de datos del resguardo, se guarden los archivos de la memoria institucional, se hagan los oficios a las instituciones o se de orientación y asesoría a las comunidades.

En la mayoría de los resguardos no hay una claridad del manejo de los recursos de transferencia por parte de los alcaldes, sobre todo en los departamentos del Guainía y Vichada, donde se hacen sin la participación de las comunidades, se ejecutan los recursos, imponen intermediarios y contratistas. De igual manera se presenta en la implementación de las políticas públicas y programas de las Instituciones estatales como ICBF, hospitales, entre otras.

Se presenta una corrupción administrativa de las alcaldías en el manejo de los recursos de los resguardos, nuestras autoridades no tienen conocimiento de los actos jurídicos para hacer la respectiva denuncia. Hay negligencia de los órganos de control frente a las irregularidades que protagonizan los funcionarios públicos

en cuanto al manejo de recursos, contratación y otros asuntos relacionados con la población indígena.

Existen dificultades respecto a la falta de eficacia de las órdenes hechas por las autoridades propias, falta de unidad entre el capitán y los integrantes de la comunidad. De igual manera dentro de la estructura del gobierno propio a nivel nacional, entre las instancias de representatividad que tenemos el pueblo Sikuani en la ONIC, se han venido presentado de forma permanente dificultades con nuestros representantes en esa instancia nacional desde hace 30 años, de conflictos internos, discriminación, imposición de políticas, falta de gestión de proyectos y programas para la región; excepto este Plan de Salvaguarda, no hay confianza en el manejo de recursos por parte de los presidentes, no hay una agenda de trabajo y acompañamiento a los pueblos indígenas de la región. De manera que se presenta un descontento generalizado con la ONIC porque no responde al pueblo Sikuani como mayoría de la región.

Problemáticas de la Jurisdicción Especial Sikuani

En muchas comunidades se han perdido y debilitado las normas de convivencia que garantizan la pervivencia social, cultural y el desarrollo sostenible que permite la conservación de la naturaleza, además no hay reglas comunitarias. En las condiciones actuales, las comunidades empiezan a cometer faltas y delitos para los que no se tienen formas de corrección; en algunos casos cuando se presentan conflictos entre familias, una se retira a otro sitio por temor a las represalias.

Se presentan conflictos entre la jurisdicción especial y la jurisdicción ordinaria, muchas veces no son reconocidos los reglamentos que hay dentro de la comunidad, ni hay legitimidad de las leyes tradicionales. Las normas de la justicia ordinaria son muy intrínsecas muy subjetivas, nada está escrito, hay un vacío jurídico, no se ha definido la jurisdicción especial para conocer y poner en práctica las competencias que corresponden a las autoridades tradicionales y a los jueces de la república, según lo establece la constitución política.

3.1.2 Salud y bienestar social

Este eje se enfoca en dos líneas: la Medicina Tradicional y la Salud Occidental. La medicina tradicional que se ha desarrollado durante siglos dentro de la cultura no es vista solo como un elemento de curación, es el medio por el cual la comunidad tiene una interrelación constante con la naturaleza, por eso quien ejerce la medicina tradicional no solo es un “simple curador”; por el contrario, es una persona con capacidades espirituales (protección) y de sabiduría, capacitada para orientar a la comunidad y brindar seguridad frente a las afectaciones físicas y

espirituales mediante “charlas, consejos y prohibiciones, para evitar así las diferentes enfermedades” (Procesos de reflexión Planes de vida, Así somos los indígenas del bajo río Guaviare. P. 11)

Para el Pueblo Sikuani el concepto de enfermedad está asociado al desequilibrio que hay entre el mundo material y espiritual, por lo que es importante ver la salud como un conjunto integrado por el cuerpo, la mente y la naturaleza. Por lo tanto el médico tradicional es sabedor de una serie de conocimientos propios de la cultura, se dice que estos tenían que entrar en un periodo de entrenamiento: de 3 a 5 años, en los cuales mantenían una dieta mínima, practicaban el celibato y cantaban a la deidad constantemente. Su canto es el puente de comunicación con los poderes superiores, quienes le transmiten el conocimiento sobre las plantas curativas y llenan de fuerza y energía al médico. La medicina tradicional se basa en el conocimiento, en conceptos y rituales propios que se han desarrollado ancestralmente, en los cuales se tenía en cuenta la vida colectiva para tener un plan de salud más integral y colectiva. (Sikuani entrañables defensores de su territorio. Ministerio de Cultura. P. 13)

La segunda línea tiene relación con los derechos fundamentales de la Salud por parte del Estado dado en el nuevo orden Constitucional de Colombia que admite al país como una nación multiétnica y pluricultural. El artículo 7 de la Constitución promulgada en 1991 asigna al Estado la obligación de reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural, dando cumplimiento al convenio 169 de la OIT.

Los problemas de salud actuales de nuestro Pueblo Sikuani están relacionados, entre otros, con el debilitamiento cultural de muchas comunidades, el deterioro del medio-ambiente, las relaciones de dependencia con el mundo no indígena, el poco e inadecuado acceso a los servicios de salud que brinda el Estado, y al olvido por parte de los organismos de salud, de las representaciones culturales del proceso de enfermar de nuestras comunidades.

En este sentido, en los últimos años, Colombia ha dado pasos gigantescos en materia de legislación indígena, y particularmente en el campo de la salud, el decreto 1811 de 1990, la ley 21 de 1991 y posteriormente los decretos reglamentarios y los acuerdos de la ley 100, han dado herramientas para iniciar un trabajo concertado con los pueblos indígenas con el que se pretende el real mejoramiento de nuestras condiciones de salud teniendo en cuenta nuestras particularidades culturales y de diversidad étnica. Infelizmente hasta ahora, en el campo real poco se ha logrado y continuamos con el mismo modelo asistencialista y vertical no solo en lo que concierne a la prestación de servicios de salud, que según los lineamientos de la ley 100 le corresponde a las EPS, sino también a las acciones de promoción y prevención colectiva, responsabilidad del Estado.

De acuerdo a la dinámica de trabajo adoptada por el equipo técnico y político encargado del proceso de formulación del PSS, este eje muestra los hallazgos en Salud de los departamentos de Arauca, Guainía, Meta y Vichada durante el proceso colectivo llevada a cabo en las sub-regiones de la Orinoquia con presencia del pueblo indígena Sikuani. La estructura consensuada consiste en mostrar las principales problemáticas de los cuatro departamentos, especificando aquellos problemas comunes y también las particulares.

El impacto y la invisibilidad de la prestación de los servicios de salud que reciben las distintas comunidades se ha manifestado en que las EPSS y EPSI no han tenido en cuenta lo establecido por la ley 691 de 2011 donde se entendía que las EPS indígenas tendrían en cuenta primero la participación de las comunidades indígenas y segundo, la adaptación de los programas de salud con los planes de vida, es decir que el tema de salud del Pueblo Sikuani debía estar integrado con los saberes de la medicina tradicional.

Sin embargo con respecto a la participación de la población indígena en la conformación de las EPS, se encuentra que éstas son administradas por población blanca y los servicios de salud prestados por las IPS y ESE no tienen en cuenta las formas propias de la salud de los Sikuani, menguando las prácticas de la medicina tradicional y por lo tanto no responden a un servicio diferencial, tal y como está estipulado en la ley.

Por otro lado, la problemática específica en cuanto a la salud en la población indígena sikuani en la actualidad se enmarca en el siguiente panorama: no se tiene un dato exacto de cuántos afiliados sikuani hay en el régimen subsidiado y/o contributivo en los departamentos. Esto se debe a que los entes territoriales (departamentos y municipios) no cuentan con un software que permita una depuración de la base de datos de los afiliados para identificar la población indígena sikuani. En la medida en que el registro se hace manual (Excel o Word); un indígena puede estar afiliado al mismo tiempo en varias EPS y pertenecer a varios resguardos y/o comunidades, así mismo, indígenas que ya han fallecido se siguen reportando; tampoco hay datos sobre cuántos niños, niñas, mujeres, hombres, ancianos y personas en condición de discapacidad están haciendo uso o están afiliados.

En consecuencia el nivel de cobertura y presencia de las instituciones de salud como lo establece el SGSSS es muy bajo con relación a otras regiones del país, lo cual se constituye en un problema más profundo para la población indígena de la región de la Orinoquia debido a sus características geográficas, físicas y culturales. El pueblo indígena sikuani viene padeciendo diversas dificultades y problemáticas de salud a raíz de la baja cobertura y poca calidad de estos servicios, así como de las *pocas* brigadas extramurales que ofrecen las IPS y ESE departamentales. Estas brigadas deben ir dirigidas a los afiliados (como ya se dijo,

no hay datos específicos de los mismo); además, las pocas brigadas que se realizan cubren las comunidades cercanas al casco urbano dejando una gran población de las zonas rurales sin recibir el servicio.

Cabe resaltar que además de la poca cobertura, estas brigadas tampoco cumplen con la atención diferencial requerida. Otra situación que se presenta en este proceso tiene que ver con el engaño; llegan a las comunidades con planillas (RIPS) que se hacen firmar para demostrar un servicio prestado sin realizarlo. Por ejemplo, se firman planillas de odontología, oftalmología, desparasitación, entre otros, validando de esta manera un servicio no prestado, práctica común realizada por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Finalmente, existe una dicotomía relacionada con la atención en salud a la población indígena sikuani, ya que el SGSSS en esta región no responde a las necesidades sentidas; no obstante, la inconsistencia técnica prestacional de los planes y programas de salud, como también el uso de procedimientos inapropiados para implementar los servicios ha ocasionado problemas irreversibles a nivel de la incorporación de otras prácticas en salud no indígenas que han desplazado y debilitado las propias del pueblo sikuani.

La perpetuación de las formas de hacer medicina externa ha ocasionado la perdida de los tratamientos de la enfermedad hasta el punto que muchos de los procedimientos tradicionales se han dejado de hacer. No obstante, esta problemática se asocia a otros factores como el confinamiento, restricción territorial, contaminación y uso inapropiado de los ríos, lagunas, caños y el entorno natural en su conjunto, son realidades que ponen en riesgo la existencia física y cultural de nuestro pueblo.

De acuerdo a las dos líneas y a la situación real de la prestación del servicio de salud dado en las dos líneas, las comunidades indígenas sikuani presentes en la región de la Orinoquia hemos clasificado nuestras problemáticas de la siguiente manera:

- **Valoración, protección, recuperación y aplicación de la medicina tradicional sikuani**

La práctica tradicional de la Medicina, empezó a perderse al interior de las comunidades por la introducción y aplicación de la medicina occidental, como consecuencia los medicamentos externos empezaron a remplazar las plantas medicinales y rezos tradicionalmente usados para el tratamiento de enfermedades.

El debilitamiento de la medicina tradicional es empleado en el tratamiento de algunas enfermedades de baja complejidad, principalmente aquellas de tipo natural y cultural. Además existen algunas dificultades para obtener los elementos necesarios para el ejercicio de la medicina propia a causa de las barreras territoriales, agotamiento de plantas, sustancias y alimentos típicamente empleados en la práctica espiritual.

Pérdida de prácticas tradicionales y culturales asociadas a la salud como son; los rezos, entre ellos, el rezo del pescado, agua y alimentos.

No existen espacios de intercambios de conocimientos médicos entre mayores sabios y jóvenes para la enseñanza de la medicina propia, a raíz de factores económicos, restrictivos, territoriales y políticos.

Los factores como el confinamiento, la restricción y dispersión territorial no permiten algunas prácticas de la medicina propia (hay necesidad de algunas plantas, animales, sustancias, entre otros).

Finalmente, la adopción del sistema de educación convencional ha conllevado al debilitamiento y pérdida de algunas prácticas médicas propias.

- **Modelo de atención y acceso a la salud**

La situación de salud de los departamentos de Arauca, Guainía, Meta y Vichada en general es preocupante al igual que en todo el país, sin embargo para el caso de la población indígena, entre ellos el pueblo sikuani, tiene mayores preocupaciones en la medida que existen barreras de acceso a los servicios de salud como derecho fundamental, a raíz de factores como: la dispersión geográfica, no existen los suficientes medios de transporte, debilitamiento y perdida de la medicina propia, restricción al libre tránsito en los territorios, conflicto armado, agotamiento de alimentos, poca infraestructura física para la atención médica, personal médico insuficiente, baja cobertura de medios de comunicación en los centros de salud, entre otros.

De acuerdo a lo anterior se identificó como problemas específicos los siguientes:

Baja presencia institucional del gobierno nacional en sus tres niveles, evidenciando pocos esfuerzos para implementar y adecuar los servicios de salud a favor de las comunidades indígenas Sikuani y atención de las enfermedades complejas.

No hay presencia de EPS ni de IPS que hagan vigilancia y control de enfermedades más constantemente. Solo se cuenta con la EPSI Mallamas, Pijao Salud, Dusakawi que presta servicios de salud a través de los centros de salud pero no es suficiente, ni eficaz.

No se cuenta con suficientes centros de atención en salud, asimismo se carece de la dotación adecuada para el trato de enfermedades en pacientes. (No hay medicamentos, personal médico, odontólogos, ayudas diagnósticas, medios de transporte para pacientes en remisión de las comunidades a los puntos de atención, tampoco medios de comunicación).

La implementación de planes, programas y los servicios de salud en general son de baja calidad y cobertura.

Los servicios de salud que se implementan en los territorios indígenas sikuani no son consultados ni acordados con las autoridades, ni comunidades, conllevando la implementación de servicios contrarios a los principios socioculturales de los sikuani, repercutiendo profundamente en la pérdida de las prácticas de la cultura de la medicina tradicional.

La presencia de sociedades colonas, la fuerza pública (Ejército, marina, policía), minería y comercio injusto han profundizado la situación de salud de los indígenas sikuani, situando a los indígenas en actores objeto de las pretensiones de estos. Factores que están produciendo a su vez enfermedades de transmisión sexual como VIH Sida y Hepatitis B, constituyéndose la población indígena y en especial las mujeres sikuani, en objetos de fenómenos como la prostitución en jóvenes, drogadicción y alcoholismo.

También son factores de enfermedades la contaminación de las fuentes de agua y el aire a raíz de fumigaciones pasadas para erradicar cultivos ilícitos de coca, el vertimiento de sustancias contaminantes a los ríos, la minería y en la actualidad las fumigaciones de caucho, acacia, palma africana, pino, eucalipto, explotación de Coltan, peces ornamentales en selva MATAVEN y empresas petroleras.

La presencia de las instituciones de salud (EPSS, EPSI, ESE) en la región son casi nulas, lo que agudiza la situación de salud, debido a que no se hace una oportuna y adecuada atención en salud a la población.No existen programas de promoción y prevención (Salud Pública), lo cual propicia la vulneración de los principios y procedimientos de consulta previa y concertación de los servicios de salud como derecho fundamental.

La ausencia de programas y planes de salud inadecuados culturalmente han impulsado la proliferación de enfermedades como Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda, salud sexual, enfermedades de la piel, entre otras.

No existe un adecuado y oportuno seguimiento e investigación de la situación de salud en los departamentos de Arauca, Guainía, Meta y Vichada que permita documentar los casos de enfermedades, recurrencia de enfermedades y su periodicidad.

Las secuelas de las fumigaciones a los cultivos ilícitos en el pasado han acelerado la presencia de plagas e insectos, contrayendo como consecuencia la inoculación de enfermedades como la Malaria, la Leishmaniasis y alergias.

En los dos últimos años se ha incrementado las problemáticas de salud asociadas a la Hipertensión como consecuencia de la intromisión de alimentos y productos no aptos para el consumo humano por vencimiento y otros desconocidos por los indígenas.

No se cuenta con programas dirigidos a las familias y comunidades para que se capaciten adecuadamente en temas de nutrición y manejo apropiado de alimentos impulsados por el gobierno nacional.

Existen problemas de desnutrición especialmente en la población indígena infantil y por tanto, hay un alto porcentaje de niños y niñas indígenas Sikuani ubicados en hogares sustitutos del ICBF, lo que, ha generado una desarticulación del tejido social y familiar.

La ausencia de promotores y agentes de salud indígena en la mayoría de las comunidades sikuani no permite llevar a cabo un acompañamiento y vigilancia de la situación de salud, incrementando la presencia de enfermedades como la IRA, la EDA y Dengue, entre otras. En las comunidades donde existen los promotores no hay programas, planes ni capacitación constante para los promotores indígenas de salud, como tampoco para los promotores de salud no indígenas.

No se tienen en cuenta los mecanismos y orientación acorde a los principios culturales médicos del pueblo sikuani para el trato de los pacientes que acuden a los centros de salud existentes.

Se carece de medicamentos y atención oportuna y eficaz para las picaduras y mordeduras de culebras y otros animales infecciosos mortales.

No hay complemento de la ciencia médica propia con la externa para el control y tratamiento de enfermedades transmisibles como el Sida, IRA, EDA, TB, malaria, fiebres, hepatitis A y B y crónicas como el reumatismo, azúcar en la sangre, alergias e hipertensión.

No existe una base de datos actualizada del número de afiliados indígenas sikuani al régimen subsidiado y contributivo generando una multi-afiliación; lo que constituye una barrera de acceso al servicio de salud.

Teniendo en cuenta la problemática presentada, se puede decir que ésta se debe a los altos niveles de rechazo y estigmatización tanto institucional como social hacia la población indígena, lo que ha determinado profundamente la violación al derecho de acceder a los servicios de salud, servicios básicos de saneamiento, programas de salud pública y otros intersectoriales. Además se evidencia una omisión institucional y negligencia para disponer de planes de contingencia frente a problemas que son posibles de controlar y que se asocian con factores como la desnutrición que visibilizan la grave situación de salud que vulnera los derechos de los indígenas sikuani.

- **Saneamiento básico**

Los altos niveles de contaminación del agua en los ríos y caños, ha conllevado a la presencia de enfermedades estomacales y respiratorias. Las fuentes de agua aledañas a las comunidades indígenas presentan altos niveles de contaminación como consecuencia de la presencia de grandes empresas con manejo inadecuado de basuras, así como desechos de los centros urbanos y secuelas de las fumigaciones con químicos de cultivos lícitos e ilícitos.

No se cuenta con filtros o plantas de tratamiento de agua que garanticen un consumo confiable; ni con redes o baterías de depósito de basuras y excretas.

- **Recreación, fomento de juegos y prácticas culturales**

En la actualidad no se carece de un programa de juegos y prácticas culturales en el pueblo sikuani asentado en los departamentos de Arauca, Guainía, Meta y Vichada.

El debilitamiento de las prácticas culturales a causa de la presencia de otros estilos de vida externas, ha llevado a los jóvenes a que se distancien y se desmotiven para aprender la medicina tradicional y otras actividades cotidianas que se asocian con el equilibrio de cuerpo, mente y espíritu en la colectividad y por ende en la salud.

En las comunidades indígenas sikuani de los departamentos de Arauca, Guainía, Meta y Vichada existe una constante preocupación por la falta de interés de los jóvenes para aprender las prácticas cotidianas que asocian la salud.

PROBLEMÁTICAS PARTICULARES

Arauca

La población indígena sikuani presente en este Departamento viene siendo objeto de la presencia de fenómenos como micro-tráficos de estupefacientes y sustancias psicoactivas, y mendicidad que incurren en los centros urbanos, afectando profundamente la población adulta, jóvenes, niños y niñas de los resguardos de Matecandela y Corocito.

Guainía

Para el caso del Departamento de Guainía, según "ASOCAUNIGUVI" en el periodo que comprende de inicios del año 2009 a marzo de 2012, se han presentado alrededor de 95 muertes por diversas causas y especialmente en población joven y niños, evidenciándose un número elevado de fallecidos durante el año 2009 respecto el resto de años. Según comentan las comunidades en dicho año hubo una incursión militar que asoció la erradicación de cultivos ilícitos de coca vía aspersión aérea, fumigaciones y por la baja presencia institucional a través de campañas de promoción y prevención de la salud.

Vichada

La contaminación de fuentes hídricas de comunidades como Cumariana a raíz de la construcción del basurero municipal en la parte alta de la comunidad ha generado una gran contaminación al caño que abastece el agua a la comunidad.

3.1.3 Educación e identidad cultural

En el proceso de recolección de insumos para la elaboración del *Plan salvaguarda para el pueblo indígena sikuani* en los departamentos de Arauca, Meta, Vichada y Guainía, el tema de la educación se abordó desde dos puntos de vista: el primero, sobre la educación propia de los sikuani, entendiéndose esta como aquellos saberes ancestrales y prácticas tradicionales que hacen que sean diferentes a los demás pueblos que habitan en estos departamentos, así como su conservación y pérdida progresiva de valores propios por la intervención de factores externos que afectan su cosmovisión dentro de sus territorios. En segundo lugar se trabajó lo educativo visto desde lo occidental, es decir, aquella Educación que se imparte en los centros e Instituciones educativas con los elementos que son inherentes a estos procesos (docentes, currículo, materiales didácticos, locativo, transporte,

alimentación, planes y proyectos educativos en procesos de elaboración) dirigidos u orientados por el MEN y las Secretarias de Educación de cada Departamento.

Educación propia en el pueblo Indígena sikuani

Cuando se habla de educación de un pueblo indígena en particular debemos empezar por reconocer aquellos conocimientos que son propios y que son trasmitidos de generación en generación, los cuales hacen que los valores culturales se conserven a través de los tiempos.

La educación propia es el proceso de enseñanza aprendizaje que se adquiere desde antes del nacimiento e incluso hasta después de la muerte. Este proceso es promovido por los sabedores, el núcleo familiar y mayores en general; de acuerdo al género, edad, momento, espacio y comunidad donde se aprenden normas de convivencia, manejo y conservación de los recursos naturales, dándose de esta manera la adquisición progresiva de la identidad cultural del pueblo.

Desde la existencia del pueblo sikuani, la educación propia se venía desarrollando autónomamente sobre el amplio territorio de las llanuras colombo venezolanas. Esta educación ha sido la base fundamental para la revitalización de la identidad cultural y el mantenimiento de los saberes cosmogónicos, estructura que le ha dado razón y sentido a la existencia.

La educación propia para los sikuani se da en cumplimiento de la Ley de Origen, Ley de Vida y Derecho Mayor, manteniendo la unidad, la relación con la naturaleza, con otras culturas, con la sociedad mayoritaria y conservando los usos y costumbres; se desarrolla con base en la sabiduría y conocimiento propio, en forma vivencial, con la participación de sabedores ancestrales, autoridades, mayores, padres de familia y comunidad en general.

Los sikuani son portadores de una educación propia que ha permitido la enseñanza y los aprendizajes para atender las necesidades de pervivencia y supervivencia, relacionamiento interno y externo, creando un lenguaje y otras formas de comunicación, así como las maneras de trabajar y establecer los tipos de formación que se necesitan en sí; por ejemplo, la medicina tradicional que armoniza y protege la espiritualidad y los territorios. De esta manera se han venido formando los portadores del conocimiento: los gobiernos propios, los sabios, las parteras, los sobanderos, entre otros. La educación también ha permitido la creación de normas de comportamiento para una buena convivencia tanto hacia dentro como hacia afuera con otros pueblos.

Con esta educación se aprende la lengua propia, los valores culturales, las tradiciones, mitos, danzas, formas de producción, en otras palabras, la

identificación como indígenas sikuani. Esta educación se da cuando los sabedores practican su conocimiento en relación con sus diversos entornos, cuando se aprende de los padres y la naturaleza material y espiritual: la medicina tradicional, la ritualidad, prácticas de cultivos, la historia, las épocas de siembra según las fases de la luna, la cacería, el *unuma* (trabajo comunitario), la relación con el territorio, los ríos y las montañas, aprender a leer el tiempo y el espacio, los cantos, la música, entre otros. Aprender de la naturaleza, por la práctica, por la tradición oral, los consejos y los ejemplos de los Mayores.

Por tanto, se tiene como fin fortalecer la autoridad, la autonomía, el territorio, la autoestima y la identidad cultural, promover el conocimiento y valoración de saberes y prácticas propias y apropiadas, promover una comprensión crítica de los conflictos intra y extraculturales, así como una interpretación positiva de la diversidad cultural.

Frente a la educación propia se encuentra que:

En muchos de los territorios donde habitan los sikuani ya no se puede practicar libremente la educación propia por múltiples factores que afectan directamente a las comunidades y al pueblo Sikuani en general; el espacio territorial es reducido e insuficiente, no hay interacción con seres de la naturaleza, los procesos de aculturación, la intervención directa e indirecta de los grupos al margen de la ley y de las fuerzas armadas y de policía, la presencia de empresas multinacionales colindantes con los resguardos y la inexistencia de una política educativa con enfoque diferencial; estos y otros factores han diezmado de forma rápida algunos patrones culturales y lingüísticos del pueblo sikuani en las últimas 4 décadas; del mismo modo también hay que reconocer que en algunas comunidades todavía se vive de manera muy autentica los valores propios del pueblo sikuani como por ejemplo los que habitan el sector dos del bajo Rio Vichada e Iguanitos en Arauca.

En el Departamento de Arauca se referencia en las comunidades de Cajaros, Corocito, Matecandela, Canánama y La Estrellita un debilitamiento de la lengua materna, pues en el habla cotidiana es evidente el préstamo lingüístico del idioma castellano. Pero quizá la situación más alarmante se encuentra en la comunidad de Bayoneros, donde sólo dos ancianas hablan en lengua Sikuani, pero la juventud, los niños y demás adultos solo entienden mas no la hablan, lo cual es una realidad que pone en sobre aviso la pérdida de la lengua materna. Del mismo modo sucede en los departamentos de Vichada, Meta y Guainía en especial con aquellas familias o personas que se han radicado en centros poblados y cabeceras municipales, las cuales ya no quieren vivir como indígenas si no como mestizos o “blancos”.

En el proceso de formación de los niños y jóvenes en las prácticas propias de la cultura, los hombres y mujeres desempeñan un papel importante en la trasmisión de conocimiento; por ejemplo en la elaboración de elementos de caza y pesca como la flecha, la canoa entre otros están a cargo del hombre; las Mujeres se dedican a la enseñanza de tejidos entre ellos el Catumare, hacer Budare, rayar yuca, cocinar, hacer Cazabe y Mañoco. En nosotros los sikuani hay dos nombres tradicionales muy importantes en la enseñanza de algunas artes: *Yaluiwanu* profesional en educación de tejidos y *Atsakato* profesional en educación de letras.

Educación comunitaria propia e intercultural

El deterioro paulatino de los valores culturales del pueblo Sikuani obedece a muchos factores, iniciando por las política de Estado desde la época de la conquista y prolongado hasta nuestros días, posteriormente por el expansionismo de terratenientes, la minería, la industria agroforestal y el surgimiento de grupos al margen de la ley.

Mediante el llamado concordato el Estado colombiano le encomienda a la Iglesia Católica la educación de los pueblos indígenas y demás habitantes de los llanos orientales. Indiscutiblemente la Iglesia Católica fue la gran protagonista de esta intervención cultural. Durante el periodo comprendido entre 1900 y 1960 la educación se llevó a cabo bajo la dirección de esta Institución, la cual desconocía y desconoce aún la riqueza cultural de los sikuani y demás pueblos Indígenas. Con la imposición de su modelo educativo, se impedía que se hablara y se enseñara la lengua indígena y proyectaba valores ajenos a los intereses y expectativas de las comunidades, desligando a los niños de sus prácticas comunitarias. “El Estado colombiano entrega la educación de los pueblos indígenas a la iglesia católica a través del Concordato, legitimando directrices para un reordenamiento social y extendiendo la “civilización” y la “nacionalidad” hacia los “salvajes indios”. (CONTCEPI, 2009: 14).

Así, se concibe la educación en comunidades indígenas como parte de la misión civilizadora iniciada en la conquista, continuada en la colonia y extendida hacia los años 80´s e inclusive hasta nuestros días; como se evidencia en el Departamento del Guainía que gran parte de la educación de los indígenas está a cargo del Vicariato de Puerto Inírida. Esta educación en manos de la iglesia se desarrolló con una concepción pedagógica católica que se mantiene incluso hasta hoy en algunas instituciones y centros educativos.

De lo anterior se deduce que el gobierno nacional conjuntamente con la Iglesia ha estandarizado la educación, olvidando que los indígenas tenemos otro pensamiento y otra forma de ver el mundo. La imposición permanente no únicamente en los procesos educativos sino también en el contexto comunitario en

general de los sikuani, ha originado en gran parte a que hoy como pueblo esten sometidos a una constante degradación de los valores culturales propios, perdida de respeto a la autoridad tradicional, al no fortalecimiento de nuestras prácticas tradicionales, perdida del idioma y al débil manejo de la institucionalidad.

Los jóvenes sikuani son cada vez menos indígenas en el sentido que han perdido algunos valores propios de la cultura, en cuanto que algunas de las instituciones educativas y centros educativos a donde asisten para recibir la formación aún quedan esquemas y prácticas propias de las misiones. En este proceso los educandos han venido cambiando la manera de pensar y se han separado de su propia cosmovisión, mostrando desinterés en la lucha comprometida en defensa del territorio, la cultura, el gobierno propio, la espiritualidad, la lengua, el trabajo comunitario, las artes… así es que, en muchos de los casos cuando terminan el ciclo educativo ya no quieren regresar a las comunidades; este fenómeno se agudiza cada vez más y preocupa en el sentido en que los territorios de nosotros los sikuani se están quedando sin jóvenes que promuevan el desarrollo comunitario.

La aguda crisis de orden público que se vive en los cuatro departamentos en donde se ha venido trabajando el Plan Salvaguarda para el pueblo sikuani, no deja de ser similar; en el Guainía el conflicto armado (entre fuerza pública y guerrilla) impide que los niños asistan a las escuelas por temor a que llegue la guerrilla a las escuelas y se los lleven forzados o que haya enfrentamientos con el Ejército. Por otro lado, las fuerzas militares ponen retenes y no dejan pasar a los estudiantes (los niños de la comunidad de Mirolindo han sido los más afectados a raíz de los retenes). En Arauca y Vichada ha habido desplazamiento por alteración de orden público, en donde familias enteras han tenido que retirar a sus hijos de los Centros Educativos para irse a otras partes; jóvenes que han sido reclutados y otros que se han ido voluntariamente a las filas de la insurgencia.

La presencia de las reforestadoras, petroleras entre otras empresas han provocado de manera acelerada el mestizaje y el embarazo en adolescentes, del mismo modo lo hacen miembros de la fuerza pública y bandas delincuenciales; esto provoca innumerables consecuencias inicialmente en las posibilidades de estudio de los niños y niñas, constante temor por los enfrentamientos, uniones maritales a temprana edad, jóvenes que salen a trabajar a empresas que hacen presencia en el medio y con el tiempo ya no quieren regresar a sus propios resguardos, porque experimentan nuevas formas de vivir, de vestir, de alimentarse y como consecuencia se produce el desligamiento en la práctica de los rituales y valores propios de la cultura.

Educación intercultural u occidental

En ese proceso de implementación de la educación occidental en nuestro pueblo sikuani, estructurada e impuesta por el Ministerio de Educación Nacional, se ve enfrentada a múltiples dificultades que no permiten que se imparta y se reciba una educación de calidad por factores que a continuación se relacionan:

Centros e Instituciones Educativas, las condiciones físicas de la infraestructura de los centros e Instituciones educativas ubicadas en territorios de los sikuani en Arauca, Meta, Vichada y Guainía, tienen unas características muy comunes porque en la mayoría existen problemas de infraestructura, dotaciones, falta de material didáctico; en algunos casos falta de docentes, unidades sanitarias, suministro de agua potable, dormitorios adecuados y dotados, encerramientos, es decir que no se cuenta con las condiciones mínimas necesarias que garanticen la comodidad y seguridad tanto para los estudiantes como para el docente. Las condiciones mejoran un poco para las escuelas de los sikuani en el Departamento del Meta ya que estos gozan de mejores infraestructuras; con seguridad se puede afirmar que hay una situación de abandono por parte del Estado y los entes territoriales.

Muchos de los centros han sido cerrados con la justificación de que hay muy pocos estudiantes, situación que ha perjudicado enormemente a los niños. Para fortalecer la educación es importante la construcción de Internados en lugares estratégicos dentro de los Resguardos, crear nuevos Centros Educativos y garantizar los medios de transporte (fluvial y terrestre) ya que las distancias son también causantes del alto índice de deserción escolar.

Es importante hacer un replanteamiento sobre si el modelo de aula que se ha venido construyendo en los territorios indígenas responde a las condiciones culturales de los sikuani, ya que en repetidas oportunidades los docentes manifiestan la poca amplitud de las aulas y la poca ventilación, lo cual dificulta el manejo de grupos numerosos y más cuando se tienen dos o más grados en el mismo salón. Ante lo cual manifiestan lo que podría ser un modelo de aula: construcción amplia que incluya alcoba con baño para el docente, una oficina, un cuarto para almacenar los bienes de las escuelas y las aulas suficientes de acuerdo a la proyección estudiantil o en el menor de los casos salones amplios que faciliten la enseñanza de varios grados en el mismo lugar cuando es un solo docente quien desarrolla las actividades académicas.

El Departamento del Vichada es el que contiene más centros e instituciones educativas por el gran número de población estudiantil sikuani (Ver anexo 4), lo sigue en cantidad Meta, Guainía y Arauca respectivamente; también podemos ver el número de Centros educativos cerrados temporalmente.

Tabla 8. Establecimientos Educativos por Departamentos

DEPARTAMENTO	CENTROS EDUCATIVOS		INSTITUCIONES EDUCATIVAS		TOTAL
	ABIERTOS	CERRADOS	ABIERTAS	CERRADAS	
ARAUCA	5	2			7
META	70		2		72
VICHADA	79	31	4		114
GUAINIA	15	1	1		17
					210

Es importante tener en cuenta las particularidades de la educación intercultural por cada Departamento con el fin de priorizar acciones encaminadas a subsanar y/o fortalecer las realidades mencionadas.

En el Departamento de **Arauca,** de los siete Resguardos sikuani, solo cinco tienen centros educativos; hay escuelas en Canánama, Corocito, Estrellita, Iguanito y en Matecandela. En esta última comunidad está ubicada la sede principal, denominada Centro Educativo Indígena Sikuani Pablo Rodríguez donde se atiende desde grado preescolar hasta el grado noveno.

En la comunidad de Cajaros la secretaría de educación departamental cerró la escuela en el año 2006 argumentando que el número de estudiantes era muy bajo para pagar un docente. Ya son 7 años que están sin profesor y los 12 niños que hoy están en edad escolar se ven obligados a ir a estudiar a escuelas de colonos donde no tienen acceso a la educación comunitaria, propia e intercultural, reciben un contenido académico no acorde a su identidad cultural y además son menospreciados y discriminados por parte de los estudiantes “blancos”.

En la comunidad de Bayoneros la situación es aún más grave, dado que nunca se ha construido escuela, por lo que desde el establecimiento de la comunidad en aquel lugar siempre, los estudiantes indígenas, han ido a escuelas de colonos y esto ha debilitado la lengua materna y ha aumentado el desconocimiento de la identidad cultural.

En el caso del Centro educativo indígena de Puerto Socorro (comunidad de Canánama), aunque tiene un buen encerramiento, no cuenta con escenarios deportivos, el aula de clases es pequeña, no hay lugar adecuado para organizar la biblioteca, no cuenta con energía eléctrica, material pedagógico-didáctico, ni agua potable. El programa de restaurante escolar se maneja con una minuta definida de manera unilateral por el ICBF, por lo cual la alimentación no corresponde a los usos y costumbres Sikuani; debido a esto las autoridades en reiteradas ocasiones manifiestan concertar con el gobierno nacional sobre la minuta que debe proveer el ICBF y las secretarias departamentales.

El Centro educativo indígena Pablo Rodríguez (comunidad de Matecandela) cuenta con 7 aulas donde reciben las clases los estudiantes de los grados preescolares al grado noveno; 3 de ellas se encuentran en mal estado ya que la cubierta está deteriorada. Se tienen dos dormitorios que están en regular estado, mal estado del techo y del piso, 2 dormitorios para docentes en regular estado: las puertas no sirven, una oficina muy pequeña, un comedor estudiantil pequeño y una cocina con despensa en regular estado por el deterioro del piso. 2 baños para mujeres, uno de ellos bueno y el otro en mal estado; 2 baños para hombres, uno bueno y uno malo; 1 baño para profesores en buen estado y un establo en mal estado, una cancha de mini futbol en mal estado no cuenta con otros escenarios deportivos.

El centro educativo indígena La Estrellita: Se encuentra en pésima condiciones, el salón de clases es pequeño, no cuenta con encerramiento adecuado. Solo tiene un encerramiento con alambre de púa en malas condiciones, no tiene espacios deportivos. El patio de la escuela queda expuesto, por lo que los animales de la zona depositan sus heces, no tiene espacio para organizar la biblioteca, no tiene agua potable, el mobiliario está en malas condiciones, no cuenta con material didáctico pertinente para la enseñanza a niños sikuani. Tampoco cuenta con restaurante escolar.

El centro educativo indígena de Corocito: Tiene un salón de clase en pésimas condiciones, no tiene puerta, el techo esta inservible, no tiene biblioteca, no tiene agua potable, no cuenta con escenarios deportivos adecuados, no se cuenta con material didáctico contextualizado, solo se cuenta con algunas cartillas diseñada por el MEN. No hay un espacio adecuado para preparar y consumir los alimentos.

Centro educativo indígena Los Iguanitos: Sólo cuenta con un aula, que además es muy reducida. No hay energía eléctrica, agua potable, ni encerramiento. No se cuenta con material didáctico propicio para niños indígenas. Tampoco cuenta con batería sanitaria, no tiene restaurante escolar. En este mismo Resguardo esta la Comunidad Las Pavitas que no cuenta con un centro educativo, por lo tanto los niños de este centro poblado acuden a escuelas de colonos y mestizos, allí se solicita con urgencia la construcción y dotación de un aula y el nombramiento de un profesor bilingüe.

Centro Educativo Indígena de Cajaros: Desde el año 2006 fue cerrada por la secretaria de educación argumentando que no había suficiente alumnos para pagar un docente, por otra parte el río está a punto de llevarse la escuela. Las autoridades de Cajaros y Bayoneros por su cercanía y por ser del mismo pueblo solicitan a la Secretaria de Educación la construcción y dotación de un centro educativo para las dos comunidades y además el nombramiento de un profesor bilingüe.

En el Departamento del Guainía, las comunidades de Carpintero y palomas tienen una población escolar alta, lo que ha ocasionado hacinamiento y no se cuenta con aulas ni docentes necesarios para atender la población en edad escolar.

La infraestructura de las escuelas no están adecuadas en su totalidad teniendo en cuenta que algunos Resguardo son bi-departamentales entre Guainía y Vichada. Los resguardos y comunidades no cuentan con las escuelas suficientes para facilitar el acceso a la educación propia, comunitaria e intercultural.

Las escuelas existentes no cuentan con la dotación de materiales, docentes, salones, laboratorios, entre otros que permitan la educación escolar de calidad para los jóvenes indígenas del departamento.

Particularmente en el Departamento del **Meta,** se pueden visualizar de manera muy general en cuanto a infraestructura lo siguiente:

De las 70 escuelas indígenas existentes, sólo el 25% cuenta con infraestructura adecuada y debidamente dotadas, se presenta falla en la supervisión y administración en las escuelas.

Se requiere la implementación del servicio de internado en AWARIWA para niños de primaria y WAKOYO del grado quinto hasta undécimo grado.

La creación de I.E en el Resguardo Domo Planas, comunidad san Rafael de Planas, de grado sexto a once.

La creación de un internado en el resguardo Unuma, comunidad Mabriel, sección primaria.

Para el Departamento de **Vichada,** se pudieron visualizar las siguientes realidades: Las Instituciones educativas; internado de la Hormiga, Internado de Sunape, Internado Cadanapay, Internado de Piramiri, Internado de Santa Teresita y las escuelas adscritas a estas instituciones requieren material didáctico tanto audiovisual como escrito de acuerdo a los usos y costumbres, nombramiento de docentes sikuani, construcción y adecuación de la planta física incluyendo baterías sanitarias, encerramientos, restaurantes escolares y bibliotecas.

En algunos casos se requiere la apertura a nuevas instituciones educativas que contengan la enseñanza básica secundaria y media, ya que no se garantiza la continuidad dentro de sus territorios teniendo que salir a otros establecimientos distantes, los cuales afectan las prácticas culturales, el entorno familiar y comunitario. En la mayoría de los casos, por esta situación muchos de los jóvenes no pueden continuar los estudios por la falta de recursos económicos. Por lo anterior se propone:

- Creación de una institución educativa que atienda de grado cero a noveno en el resguardo Caño Kawasi comunidad Makokowa, de igual manera en el Resguardo Aiwa Kuna Tsepajibo Comunidad Bopone,
- En el Resguardo Santa Teresita comunidad Monte Verde un centro educativo de grado cero a quinto.
- En el resguardo la Esmeralda Comunidad la Esmeralda crear un semi- internado que atienda los grados cero a quinto.
- Crear dos escuelas en el resguardo Tomo Llanura.
- Unificar en un solo centro educativo las escuelas de los tres kireyes Resguardo Aiwa Kuna Tsepajibo en un punto equidistante, lo cual ayudará a mejorar la calidad de la educación y el fortalecimiento institucional.
- Crear un internado en el resguardo Tomo Beberi comunidad Campo Alegre que atienda de grado cero a quinto primaria.
- La creación de un internado en el Resguardo Unuma. Grado cero a noveno.
- Construcción de dos puentes colgantes uno sobre el caños San Juan y otro sobre el Sibiare que comuniquen al Centro Educativo Cadanapay, Sector Bajo Rio Vichada Dos Gran Resguardo Unificado Selva de Mataven porque en invierno las inundaciones impiden el paso de los estudiantes.
- Creación de un Semi-internado en la comunidad Sucuara Sector Bajo Rio Vichada Dos del Gran Resguardo Unificado Selva de Mataven.
- Nombramiento de docentes bilingües en el Centro Educativo el Trompillo Reserva Indígena el Trompillo, Municipio de la primavera.

Los sikuani del Vichada proponen que los terrenos donde se encuentran las instalaciones del Centro Educativo Achacara pase a manos de los Indígenas ya que inicialmente fue construido con recursos de países extranjeros con el fin de atender a la población indígena de la Región. Hoy día dicho Centro está bajo la dirección del vicariato de Puerto Carreño; solicitamos este Centro para la formación de los jóvenes.

Cobertura y Deserción Escolar La cobertura educativa del Pueblo sikuani es aceptable a pesar de las múltiples dificultades por las que se pasa para poder recibir la educación. Dificultades que se padecen a diario en lo económico, alimenticio, vías y medios de transporte, largas distancias, condiciones climáticas, falta de centros e instituciones educativas, escases de internados etc; gracias al compromiso de los padres de familia, de las niñas y niños que ponen de su parte

en búsqueda de adquirir conocimientos para brindarle a sus comunidades alternativas de desarrollo y mejores condiciones de vida.

Los niños del Pueblo indígena sikuani asisten a la escuela a extra edad, si se toma como referencia los parámetros establecidos por el Ministerio de Educación Nacional; lo cual en muchas ocasiones dificulta el ingreso a centros educativos en donde hay población campesina o no Indígena. En algunos resguardos se comparten centros educativos con alumnos de otros pueblos indígenas sin tener diferencias notables en el desarrollo de la identidad de los jóvenes; en cambio la influencia de sectas religiosas en el interior de algunas comunidades si interfiere de alguna manera en el desempeño de ciertas actividades en cuanto que quienes las practican son sometidos a una serie de prohibiciones que desvían el aprendizaje de la propia cultura; situación que es común en los cuatro departamentos en donde se ha venido trabajando el Plan de salvaguarda sikuani.

En cuanto la deserción escolar se puede apuntar lo siguiente:

- El factor económico influye en muchas familias ya que no cuentan con los recursos para conseguir los útiles escolares, uniforme y demás elementos necesarios que garanticen una mínima comodidad, aun más cuando tienen que salir de sus territorios a recibir la educación, si se consigue para el vestido no se consigue para la alimentación o el hospedaje; convirtiéndose de esta manera el factor económico en una limitante para dejar de estudiar o para no asistir nunca a la escuela.

- Las condiciones geográficas también son un factor que juega un papel relevante en el abandono de las actividades académicas por parte de los alumnos, las grandes extensiones de sabana y selva que conforman el territorio de la Orinoquia Colombiana atravesados por ríos, lagos y quebradas; y conjugado esto con las distancias prolongadas de un lugar a otro, dificulta por un lado la seguridad de los niños y por otro el cumplimiento oportuno de los horarios de clase.

- La falta de infraestructuras adecuadas y suficientes limitan los cupos en algunos centros e instituciones educativas quedándose muchos niños sin poder ir a estudiar, de ahí la importancia del fortalecimiento de los internados o semi-internados en algunas zonas estratégicas que garanticen la permanencia de los alumnos.

- Y por último cuando se hace referencia a las garantías por parte del Estado, se está relacionando la falta de restaurantes escolares, la falta de medios de transporte y la falta de docentes etno-educadores en algunos centros e instituciones educativas. Muchas familias ante las escasez de alimentos se van para el vecino País de Venezuela (en el caso de Arauca, Vichada y

Guainía) o cambian de un lugar a otro en busca del sustento diario y con ellos se llevan a sus hijos, pues no tienen otra alternativa porque en los sitios donde estudian no les ofrecen dormida ni comida; en otros casos les queda demasiado retirado el lugar de donde viven hasta el Centro educativo donde pueden recibir la educación, es decir no tienen las garantías de movilizarse.

A pesar de las dificultades hasta ahora referenciadas se pudo tener una matrícula con los siguientes datos:

En el Departamento del Vichada para el año 2012 fue de 16070 alumnos desde grado cero hasta la media vocacional, de los cuales 5404 son estudiantes del Pueblo indígena sikuani relacionando únicamente los que llevaron el proceso de PSS con la ONIC, es decir que esta estadística es mucho mayor; en el Departamento de Arauca para el año 2013 la matrícula es de 324 alumnos; para el departamento del Meta fue de 2402 para el año 2012 y el Departamento del Guainía no reporta informe de matrícula.

Tabla 9. Matricula por Departamento

DEPARTAMENTO	AÑO 2012	AÑO 2013	TOTAL
ARAUCA		324	324
META	2402		2402
VICHADA	5404		5404
GUAINIA	-	-	-
			8130

En el departamento de **Guainía,** se pudo evidenciar niños en condiciones de discapacidad, los cuales se ven enfrentados a muchas limitaciones para acceder a la educación escolar impartida en los Centros Educativos de las Comunidades cercanas.

Personal Docente en Centros Educativos sikuani Los docentes sikuani que actualmente prestan sus servicios en los Centros Educativos ubicados en los territorios ocupados por nosotros, en mayor parte tienen un nivel académico bajo; un gran porcentaje apenas han cursado el bachillerato en diferentes modalidades, otros con el esfuerzo propio están estudiando y los demás se han licenciado en áreas afines al ejercicio de la docencia, siendo etnoeducación la carrera más cursada por nuestro profesores, gracias a la facilidad de pago y estudio que les han ofrecido algunas universidades privadas con programas a distancia o semi-presenciales entre esas Instituciones tenemos: la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, Universidad Francisco de Paula Santander, Universidad los Libertadores y otras.

Para el caso del Departamento de Vichada encontramos profesores que no han hecho el esfuerzo ni han tenido la oportunidad de iniciar una carrera Universitaria, pero si han estudiado el ciclo complementario en la Normal Superior Federico Lleras Acosta de la ciudad de Puerto Carreño, al igual que lo han hecho muchos de los que ya son licenciados y otros apenas han cursado la media en diferentes modalidades en las instituciones del Departamento.

Es aceptable el gran esfuerzo que hacen los docentes por superarse cuando no ha habido un apoyo por parte del gobierno para fomentar la formación de los docentes que prestan sus servicios en zonas apartadas del territorio Nacional; el ejercicio de la pedagogía depende de las cualidades y habilidades del profesor ya que tampoco existe una formación pedagógica para la enseñanza de las diferentes áreas. Mencionadas apenas estas debilidades y otras más, siempre se habla de la calidad educativa por parte del gobierno estando esto en contravía, cuando no se brindan las herramientas suficientes tanto intelectuales como didácticas que permitan el buen ejercicio del proceso de enseñanza y aprendizaje.

En la actualidad hay un grupo importante de etno-educadores que prestan sus servicios en la mayoría de los Centros educativos ubicados en las comunidades de los sikuani; es muy notorio el hecho de que muchos de los etnoeducadores sikuani están prestando sus servicios en Instituciones o escuelas localizadas en centros poblados o veredas de no indígenas; del mismo modo se encuentran profesores colonos enseñando en comunidades sikuani. Esta situación si la vemos desde el punto de vista del rescate de los valores culturales en los jóvenes no es muy conveniente, por un lado se están desperdiciando las capacidades y cualidades de un etnoeducador y por el otro se está infundiendo el aculturamiento dentro de las instituciones de los sikuani. Esto se da porque la educación se ha politizado tanto que no se tiene en cuenta la conveniencia de la ubicación del personal si no que esto depende de si el docente vota o no por el Gobernador o Alcalde de turno, favoreciendo a unos y perjudicando a otros; no se aplica lo estipulado en el Decreto 804, no se tienen en cuenta las solicitudes de las comunidades y autoridades indígenas, cuando lo ideal es que cada quien ejerza su profesión con los pueblos indígenas al cual pertenecen para fortalecer la cultura y las tradiciones propias.

La mayoría de los etno-educadores tienen una vinculación en provisionalidad y los otros en nombramiento de propiedad, por lo cual es urgente que se les garantice a los profesores que están en provisionalidad una estabilidad laboral; ya que algunos tienen más de ocho años sin que se les defina dicha situación. Por tal motivo se le hace un llamado al Gobierno para que establezca unos criterios especiales de selección y vinculación de los docentes sikuani, y no sean sometidos a los estrictos procesos de concurso que los ponen en desigualdad de condiciones en relación con los otros profesores no indígenas por situaciones culturales y de formación que de una u otra manera hemos referido.

El pueblo Sikuani no cuenta con oficina de coordinación de etnoeducación dentro de las secretarias de Educación Departamentales y Municipales, lo que dificulta que se promueva y fortalezca una educación acorde a su cosmovisión. Por eso es importante que se le dé más participación a los sikuani en la dirección y supervisión de la Educación.

El hecho de que un solo docente se encargue de enseñar desde el grado cero a quinto, es una dificultad para cumplir con los objetivos de cada nivel escolar ya que la dedicación en tiempo se reduce en comparación con los grados que tienen un solo profesor de tiempo completo; y es en este caso donde se origina el bajo nivel académico para los estudiantes del Pueblo sikuani. Planteándose como solución que por cada 30 alumnos haya dos docentes para subsanar de alguna manera esta problemática que pone en desventaja frente a los estudiantes de otras culturas y de otras partes del país.

Particularmente en **Arauca,** de 13 docentes sikuani que hay en todo el departamento, solo 5 de ellos están laborando en escuelas del Pueblo sikuani. 2 docentes trabajan con el Pueblo Betoy, 3 trabajan con el Pueblo Hitnu y los 3 restantes en escuelas del Pueblo Macaguán. Ha faltado apoyo estatal para la consolidación del proceso educativo sikuani propio e intercultural.

Hay que destacar que solo 3 de los 5 docentes sikuani que laboran en centros educativos del mismo pueblo son bilingües (hablantes del castellano y su lengua propia) a pesar de que se cuenta con otros 7 docentes bilingües, pero que no están laborando en escuelas del Pueblo Sikuani. Lo anterior significa que el mayor recurso idiomático propio no se está valorando ni aprovechando en la actualidad, lo que supone un mayor riesgo de pérdida de la lengua materna.

En el Departamento de **Guainía,** los etnoeducadores que ejercen la docencia en los centros educativos no son suficientes para cubrir la demanda estudiantil, por lo que se hace necesario el nombramiento de profesores bilingües sikuani en todas las escuelas para la educación escolarizada. Para que la educación sea acorde a las condiciones culturales se deben concertar los planes y programas de estudio que permitan la inclusión de sabios, mujeres, jóvenes e instructores indígenas sikuani en áreas de las artes, sociales, culturales, artesanías, tejidos, historia propia, música, danza, comunicaciones y la creación de un calendario escolar propio acorde con las necesidades de las personas de la zona articulando también los currículos del Estado.

La mayoría de profesores bilingüe indígenas sikuani son bachilleres, y se encuentran laborando en las 17 escuelas de la educación contratada en la zona del medio río Guaviare desde la comunidad de Cumaral, hasta la comunidad de Carpintero.

En el **Vichada,** se pudo evidenciar que para el cubrimiento de la demanda estudiantil se requiere la vinculación de varios docentes Sikuani, para lo cual es importante realizar un estudio de viabilidad para que se soporte técnicamente la necesidad del servicio; por ahora se urge el nombramiento del siguiente personal: Resguardos Valdivia: solicita 2, ResguardoTomo Beweri: solicita 4, Resguardo San Luis del Tomo: solicita 2.

Con el fin de mejorar el nivel educativo en los estudiantes sikuani se sugiere que por cada 30 alumnos hayan dos docentes en escuelas rurales; por un lado se logra más apoyo en el desarrollo de las actividades académicas y de otra parte mayor dedicación a cada estudiante.

Con referencia a los niveles de preescolar los centros educativos de Arauca si cuentan con estos servicios, mientras que en Vichada menos de la mitad de los centros educativos de los sikuani gozan del preescolar, es importante que se incremente en todos los centros educativos, para nivelar las condiciones académicas de los niños.

Educación No Formal La participación del Pueblo sikuani en los espacios institucionales es muy baja, el desconocimiento de sus derechos hace más difícil la exigencia de los mismos en medio de un Estado que desconoce sistemáticamente a los pueblos indígenas.

No hay garantías por parte del Estado para financiar programas de formación en técnicas de tejido, cestería, tallado de madera, manufactura y cerámica; esta realidad hace que se vayan diezmando los conocimientos del arte propio. Del mismo modo no existen programas de formación en técnicas amigables con la naturaleza y de acuerdo a los usos y costumbres para actividades agrícolas y pecuarias.

Tampoco existen las condiciones y garantías por parte del Estado para el desarrollo de procesos formativos en liderazgo y gobierno propio, esta realidad dificulta los procesos de consulta de concertación con empresas multinacionales y con el mismo Estado, ya que los dirigentes sikuani no están en condiciones de igualdad tanto en lo político como en lo organizativo.

Educación Superior De acuerdo a las conclusiones de las asambleas comunitarias realizadas en las comunidades se percibe que los sikuani no tienen acceso al derecho a la educación superior, esto debido a que no existe un sistema educativo indígena propio coordinado con el Ministerio de educación nacional. Lo anterior genera problemas en los jóvenes que terminan su formación en la media vocacional; puesto que se ven enfrentados a ofertas por parte de los actores de la guerra armamentista, de la drogadicción, del desempleo y la poca capacidad de

liderazgo en los procesos de concertación y consulta ante el Estado y empresas transnacionales.

Las universidades que hacen presencia en el medio tienen carreras profesionales que no están dirigidas al fortalecimiento de la pervivencia y supervivencia del Pueblo sikuani, por lo que se han convertido en unas instituciones que lesionan los principios de dicho pueblo.

Es difícil para que el sikuani inicie y termine una carrera profesional, puesto que la educación superior es costosa y no se cuenta con los recursos suficientes para suplir los costos de estudio a nuestros jóvenes.

En el país no hay una política pública que facilite y garantice a los pueblos indígenas el acceso y derecho a la formación profesional o universitaria. Omisiones como esta, en un país pluriétnico se constituyen en una forma de discriminación, etnocidio y aniquilamiento sistemático de los pueblos aborígenes.

3.2 TRANSVERSALES

3.2.1 Derechos Humanos

Como ya se ha mencionado el Auto 004 es enfático en señalar la grave situación de violación a los Derechos Humanos en relación al desplazamiento a causa del conflicto armado. En esta medida, es que en este eje se explican los diferentes casos relacionados a esta grave afectación.

Los derechos humanos vistos desde el contexto del Pueblo indígena sikuani son un tema relativamente nuevo, ya que en el pasado se hablaba en términos de la autonomía y la justicia, los caciques eran quienes se encargaban de regular el tema del control social y evitar que se vulneraran los derechos de las personas; en este componente se tratarán de manera general los factores que han afectado la vulneración de los derechos humanos y los casos que en las asambleas se pudieron evidenciar.

Cuando aparecieron los colonos la situación en cuanto a los derechos humanos empezó a cambiar, pues los campesinos se enfrentaron con los sikuani por los territorios trayendo consigo la violencia, desplazamiento, infundiendo el miedo y la miseria entre la población. No se nos respetó la calidad de seres humanos, la vida, las libertades. Desde entonces la violación y vulneración de derechos a la población Sikuani ha sido permanente y masiva por los diferentes factores de violencia que hoy aquejan al país, entre los que se cuenta el conflicto interno.

La violación y vulneración de derechos a la población Sikuani ha sido y sigue siendo permanente y masiva, por los diferentes factores de violencia que han marcado al país. La Constitución Política de Colombia de 1991 reconoció los derechos de la población indígena, teniendo en cuenta los lineamientos internacionales establecidos en las diversas declaraciones, convenios y tratados firmados, especialmente el convenio 169 de la OIT a través de la ley 21 de 1991, lo cual abrió expectativas: *soñábamos y veíamos nuevas esperanzas de cambio en las condiciones y calidad de vida de nuestras comunidades, además que representaba un logro del movimiento indígena por lo cual se había luchado durante tantos años*.

Sin embargo la situación sólo cambió en el papel mas no en la práctica ya que los derechos humanos del Pueblo Sikuani siguieron su misma característica histórica, es decir, ser ignorados y violados en todas sus dimensiones, lo que constituye y ha favorecido en la actualidad a la crisis que tiene en grave peligro de extinción tal como lo evidenció el auto 004. Hay que recordar que Colombia fue el único país latinoamericano que se abstuvo en la votación que aprobó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en la asamblea general en el año 2007, demostrando una vez más el desinterés que tiene por proteger a su población indígena.

El Estado colombiano no ha comprendido –o no quiere comprender- que los derechos son colectivos, se habla de derechos económicos, sociales y culturales partiendo de ese principio colectivo, reivindicando que como indígenas se establece la identidad a partir de la pertenencia a una comunidad. El reconocimiento de los indígenas como pueblos es el punto de partida para reconocer sus derechos colectivos. Por otra parte, para los Sikuani no es posible hablar de derechos humanos si no se miran de una forma integral al tema territorial, todo el principio fundamental se encuentra en el derecho al territorio, ya que los derechos solo se pueden disfrutar plenamente en los territorios ancestrales, allí está amarrado el concepto de identidad y del buen vivir.

El conflicto armado incrementó aún más la crisis humanitaria de la población, las comunidades han sido diezmadas, nuevamente se vive el despojo y la discriminación, gracias a los nuevos intereses sobre los territorios, el neoliberalismo económico y la globalización. Las violaciones y abusos han sido cada vez más agresivos, toda vez que la población, después de tantos años de lucha y de resistencia, está cansada, debilitada, en un estado de vulnerabilidad tal que los impactos son desastrosos para la pervivencia y supervivencia como pueblo, como cultura milenaria, ancestral, como pueblo nativo originario.

El auto 004 destacó claramente el agudo impacto que ha tenido el conflicto armado sobre los grupos indígenas del país, traducido, principalmente, en alarmantes patrones de desplazamiento forzado, tanto masivo como individual,

que se han incrementado a lo largo de la última década y hoy en día se ciernen como una de las más serias amenazas para la supervivencia a corto plazo de los pueblos de Colombia. Por sus secuelas destructivas sobre el tejido étnico y cultural, el desplazamiento forzado genera un claro riesgo de extinción cultural y física. Los que ya estaban en riesgo con anterioridad al impacto del conflicto armado se acercan al fin; los que no, entran en la categoría de alto riesgo de extinción cultural y física. (Auto 004 de 2009)

Las organizaciones sociales y ONG's han señalado a su vez la falta de respuesta del Estado; la cantidad de informes concuerdan al afirmar que la contestación del Estado ante esta situación ha sido débil y no plantea acciones ni mecanismos viables para contrarrestar las infracciones al derecho internacional humanitario y la violación a los derechos humanos a las comunidades indígenas, por lo que se hacen necesarias de inmediato las acciones por parte del Estado Colombiano, dado que el conflicto armado se ha agudizado especialmente en los territorios donde se encuentran los pueblos indígenas (Codhes, 2009).

Los tipos de violaciones de derechos van desde el desplazamiento, el confinamiento, líderes y autoridades amenazados y asesinados, reclutamiento forzado de menores, violencia sexual; donde la guerrilla, los grupos paramilitares y la fuerza pública son los principales actores. La creciente presencia de fuerza pública en algunos territorios sikuani y en zonas aledañas a éstos genera no sólo zozobra permanente en la población indígena, sino incidentes con artefactos de guerra.

Son reiterados los casos de líderes que en ocasión de su trabajo de defensa de los derechos de los pueblos indígenas han sido señalados por parte de organismos estatales de ser integrantes o colaboradores de las organizaciones insurgentes.

Por otra parte las comunidades manifiestan una inoperancia de los organismos de control, las personerías en el cumplimiento de las funciones como representantes y como promotores de los derechos humanos, incumplimiento de la Ley 24 de 1.992 y del Decreto 1396 de 1.996, señalando que el gobierno no tiene en cuenta los sikuani. En este sentido se encuentra además la violación de los derechos de ciudadanía y participación, especialmente por la falta de identificación enorme que hay en las poblaciones, aunado a esto, el desconocimiento de los fundamentos normativos de los Derechos Humanos y la forma de exigirlos.

Otra forma de violación de los derechos tiene que ver con la inasistencia por parte del Estado en la prestación de los servicios básicos de agua potable, educación y salud o apoyo para el mejoramiento de sus viviendas, la desprotección de la infancia y el incumplimiento de la Leyes 1098 del 2006, 375 de 1.997 (reformada) sobre derechos de la juventud, 1257 de 2008 sobre derechos de la mujer, 1251 de

2008 sobre derechos del adulto mayor. La no aplicación de estas normas en las comunidades indígenas deja ver una situación de discriminación manifiesta y encubierta por parte de las distintas entidades territoriales y demás entidades del Estado colombiano.

El derecho a la vida y a un ambiente sano es constantemente vulnerado, las compañías petroleras han causado un grave deterioro ambiental, al igual que todas las empresas de explotación de los recursos naturales. Otro punto neurálgico es el tema de los cultivos ilícitos los cuales provocan contaminación del agua ya que estos utilizan químicos que después van a ser arrojados a los ríos, esta misma agua es la que consumen los habitantes de las comunidades indígenas, igualmente los cultivos ilícitos traen consigo la deforestación.

Otra violación de derechos que se manifiestan es alrededor del tema de las condiciones laborales de los indígenas; cuando se realizan trabajos con los blancos o empresas que hacen presencia en el medio, son discriminados en las condiciones laborales principalmente por el abuso y el pago injusto en los honorarios.

Es Destacable que dada la reiterada violación de derechos que ha sufrido el Pueblo sikuani desde hace varios años, a la impunidad, a la discriminación por parte de la sociedad dominante, los indígenas no denuncian e incluso ignoran muchas de las diferentes clases de abusos que se cometen en su contra, se desconocen los derechos y hechos que atentan contra sus principios como “son cosas que siempre han pasado y nunca se hace nada, entonces ahora qué se va a hacer”.

Se relacionaran a continuación sólo algunos hechos de violaciones y abusos que salieron a la luz en las asambleas comunitarias, pero es necesario aclarar que son muchos más y que el temor, incluso la indignación o lo traumático de rememorar eventos han hecho que aún no se digan todos los hechos crueles que se han sufrido. Cabe mencionar que muchos temen denunciar sobre estos acontecimientos ya que las represalias contra su vida e integridad humana no darán espera.

Por ejemplo en el Departamento de Arauca la alta militarización por parte de las fuerzas armadas oficiales y la presencia de organizaciones insurgentes desde el inicio de la explotación petrolera han introducido el conflicto armado interno en la zona, lo cual ha afectado directa e indirectamente al Pueblo sikuani, por desarrollarse las acciones bélicas cerca e incluso dentro de los territorios. Se producen constantes agresiones por parte de los actores armados contra integrantes de las comunidades sikuani (y de las otras etnias que habitan ese departamento), tales como amenazas, violaciones sexuales, retenciones, agresiones físicas, etc.

Para el caso del departamento del **Vichada,** la ubicación estratégica de los territorios donde se encuentra la población sikuani es de interés para los grupos al margen de la ley, ya que estos las utilizan como corredores para el tráfico de armas y estupefacientes, de refugio y para la propia movilización; por eso al día de hoy se encuentra dentro del Departamento del Vichada la presencia de guerrilla, narcotraficantes, paramilitares y bandas criminales transitando y hostigando a la población indígena sikuani. Como caso especial se encuentra que dentro del Informe de riesgo de la Defensoría del Pueblo del mes de agosto del año (2012), en el corregimiento de Barrancominas y en el Municipio de Cumaribo se encuentran en una permanente situación de vulneración de sus derechos, ya que se hallan en un evidente nivel de riesgo; dentro de su informe se establece que las zonas anteriormente mencionadas, están en un territorio estratégicamente ubicado para los grupos al margen de la ley, ya que la guerrilla allí ha desarrollado su estrategia de expansión y control territorial, pero también este ha sido el lugar de retaguardia especialmente del Frente 16 de las Farc, ya que geográficamente facilita las posibilidades de refugio protección y abastecimiento.

Un caso que se presenta en el Departamento del Vichada es en la zona Progreso Integral del Resguardo bajo rio Vichada dos, Comunidad Sucuara donde los miembros de la comunidades manifestaron el temor que tienen por la vulneración a sus derechos humanos ya que se dice que posiblemente las Farc tienen una caleta dentro del resguardo, lo que generó que estos ingresaran e impusieran toques de queda y la prohibición de movilidad dentro de los territorios de los sikuani. Del mismo modo, en la zona de Sejalito los guerrilleros de las Farc han colocado varias veces retenes sobre el rio Guaviare, esto ha traído como consecuencia que la población no pueda transitar en el río libremente.

Para el caso del Departamento del **Guainía** se evidencia como problemática la dificultad de acceso y tránsito a los territorios a través de los ríos, lo cual ha generado problemáticas específicas. Actualmente las familias desplazadas se encuentran en otros resguardos y algunas en el casco urbano de Puerto Inírida, Guainía; y el origen del desplazamiento no está referenciado ni tampoco el número de personas y familias que han tenido que desplazarse. La existencia de conflictos internos entre integrantes de un mismo territorio indígena han ocasionado desplazamientos de indígenas que no han sido documentados.

Se han presentado casos de confinamiento en los territorios indígenas por parte no solo de la guerrilla que restringe el ejercicio de múltiples actividades para el sustento diario de las familias, sino también por parte de la misma fuerza pública que prohíbe la circulación por ciertos lugares de las comunidades mediante retenes.

En el Departamento del **Meta** los desplazamientos masivos de las familias son por factores como la falta de oportunidades, de proyectos, de economía, por conflicto armado y el peligro de reclutamiento de los jóvenes por grupos al margen de la ley. Por otro lado debido a la violencia que ha tenido el Departamento como escenario (violencia partidista de los años cincuenta, la conocida jaramillada en la región de Planas al principio de los setenta), han afectado notoriamente a las comunidades indígenas en hechos tan lamentables como los desplazamientos hacia el suroriente, perdiendo sus territorios ancestrales, los asesinatos individuales y colectivos sobre los que nunca se investigó. La reciente violencia que tiene como actores a la insurgencia, la fuerza pública, y los paramilitares han implicado para las comunidades indígenas la violación de sus derechos humanos al ser reclutados muchos de sus miembros jóvenes por la fuerza o por engaño, la desaparición de algunos comuneros (Galindo de Juipabá, hermanos Gaitán de Corozal en el Tigre, Granados y Blas Pérez del resguardo Únuma, por mencionar algunos) sobre los que no habido reparación.

Situaciones de confinamiento por sospecha de ser informantes del bando contrario. Los resguardos más afectados son indudablemente los del suroriente por ser los más retirados (Únuma, El Tigre, Walianae, Awaliba, Planas e Iwiwi) especialmente por la guerrilla. Los resguardos de la región del rio Meta (Wacoyo y Corozal Tapaojo) fueron más afectados por los grupos paramilitares. Muchas familias de los resguardos del departamento del Meta se han visto forzados a emigrar a otros resguardos del Vichada o a Venezuela por la amenaza a sus vidas por parte de los distintos grupos. La cuestión es que por desconocimiento de la ley de desplazados, estas situaciones no se denuncian, lo que lleva a que no existan registros en las distintas entidades.

Con la reciente penetración de las empresas petroleras a los resguardos, adelantando procesos de “consulta previa”, no siempre lo hacen de buena fe, se presenta una amenaza sobre sus territorios y ecosistemas que sustentan el medio ambiente y los recursos necesarios para la subsistencia.

A continuación se relacionan los hechos y actores que han provocado la violación de derechos humanos, como resultado de lo que las comunidades temerosamente han podido manifestar. Los siguientes cuadros visibilizan los hechos de violación de Derechos Humanos, las víctimas y los actores, los mecanismos utilizados como muestra fehaciente de la situación. Sin embargo es necesario señalar que esta información ni siquiera representa el 50% de los hechos sucedidos en las comunidades; ya que en la Orinoquia el acceso a la justicia es limitado, la corrupción ocupa un lugar preponderante y las garantías son mínimas. De otra parte el ministerio público y las defensorías no tienen la capacidad humana, técnica y financiera para acompañar o conocer de las violaciones y vulnerabilidades presentes en la región.

La información es la que se pudo recoger en cada uno de los talleres comunitarios en la que se dejó entrever el temor por denunciar los hechos de violación de Derechos Humanos.

Tabla 10. Casos de desplazamiento

HECHOS Y ACTORES QUE PROVOCARON EL DESPLAZAMIENTO EN EL VICHADA			
RESGUARDO	**AÑO**	**COMUNIDAD**	**ACTORES**
SAN LUIS DEL TOMO	1950	Familias asentadas en el Meta fueron amenazadas y desplazadas hacia el departamento del Vichada.	Empresa petrolera LA TROCA
SAN LUIS DEL TOMO	1950	Familias asentadas en el meta - planas desplazadas hacia el Vichada	Conservadores y liberales
MEREY LA VERADITA	2007	Comunidad Chaparral. Hubo desalojo.	Policía Nacional
PUNTA BANDERA	2007	Comunidad la Esmeralda. desplazados por combate entre los cuchillos y macacos	Macacos y Cuchillos
SAN LUIS DEL TOMO	2001	Comunidades Maviyure, Altamira, chaparral desplazados por miedo de ser asesinados	Paramilitares
SAN LUIS DEL TOMO	2001	Comunidades maviyure, Altamira, chaparral desplazados por miedo de ser asesinados	Farc–EP
SARACURE CADA	2001	Comunidad Tres Esquinas. Desplazado por temor a ser asesinados	Farc–EP
SARACURE CADA	2003	Comunidad el viento. Desplazado por temor a ser asesinados	Paramilitares
PASCUA-PRIMAVERA	1984	Gavilán pascua, todos los capitanes indígenas fueron objetivos militares	Farc–EP
MUCO GUARROJO	2004	Desplazados 11 capitanes indígenas y la directiva del resguardo	Farc–EP
TOMO LLANURA	2008	Comunidad La Campiña. desplazadas 4 familias conformadas por 23 personas	Narcotraficantes y Paramilitares
TROMPILLO-PRIMAVERA	2009	Finca Altagracia. desplazadas 30 familias conformadas por 110 personas hacia el casco urbano de la Primavera	Colonos vecinos.
PUNTA BANDERA	2007	El señor; Marcelino se desplazo hacia Cumaribo por enfrentamientos.	Macacos y Ejercito Nacional
HECHOS Y ACTORES QUE PROVOCARON EL DESPLAZAMIENTO EN ARAUCA			

RESGUARDO	AÑO	COMUNIDAD	ACTORES
IGUANITOS	207	Comunidad Iguanitos. Se desplazaron hacia pueblo nuevo y macaguan por causa de enfrentamientos. Y retornan a Iguanitos por problemas entre comunidades sin ninguna garantía por parte del Gobierno.	Guerrilla de Farc y Ejercito Nacional
HECHOS Y ACTORES QUE PROVOCARON EL DESPLAZAMIENTO EN GUAINIA			
RESGUARDO	**AÑO**	**COMUNIDAD**	**ACTORES**
CARPINTERO-PALOMA	2003	Comunidad Carpintero. Se desplazaron 21 familias hacia Pto Inírida por no colaborar a la guerrilla con los jóvenes para ser reclutados	Frente 16 Farc.
CARPINTERO-PALOMA	2003	Comunidad Palomas. Se desplazaron 9 familias hacia Barrancominas y 6 familias hacia Pto Inírida y Venezuela por no delar reclutar a los jóvenes.	Frente 16 Farc.
MINITA MIROLINDO	2003	Comunidad Mirolindo. Se desplazaron dos familias hacia Venezuela, una de ellas la del capitán Salomón Gaitán, por no dejar reclutar a los jóvenes.	Frente 16 Farc.

Tabla 11. Casos de homicidios

NUMERO DE PERSONAS ASESINADAS VICHADA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**
SAN LUIS DEL TOMO	1995	Segundo de Jesús Rodríguez	Farc-EP
SAN LUIS DEL TOMO	1995	Aquilino Hernández	Farc-EP
SAN LUIS DEL TOMO	2009	Luis ramón medina	ERPAC
SAN LUIS DEL TOMO	2012	Ángel Arturo Daza	Colonos
SARACURE CADA	1987	Marceliano Quintero Ramírez	Farc-EP
MUCO GUARROJO	2002	Eloisa Gaitán	Farc-EP

MUCO GUARROJO	2002	Pablo Emilio González (cabildo Gobernador)	Carranceros
SUNAPE	2002	Tiberio Gaitán	Farc-EP
SUNAPE	2003	Alirio Yavima Gaitán	Farc-EP
SARACURE CADA	2004	Comunidad Chiguiro. Remigio Manchae	Paramilitares
SARACURE CADA	2004	Comunidad Chiguiro. Marcos Antonio chipiaje	Farc-EP
SARACURE CADA	2005	Comunidad Tres Esquinas. Silverio Cumanaica Gaitán	Farc-EP
SARACURE CADA	2005	Comunidad Tres Esquina. Dionisio Cumanaica Gaitán	Farc-EP
KAWANERUBA	2009	Nilson Cumanaica	ERPAC
SUNAPE	2009	Elkin García Gaitán – asesinado en burujui (meta)	ERPAC
SUNAPE	2009	Néstor Linares	ERPAC
KAWANERUBA	2012	Silverio	ERPAC
TROMPILLO-PRIMAVERA	1974	Tsule,	Colonos
TROMPILLO-PRIMAVERA	1975	Namo,	Colonos
TROMPILLO-PRIMAVERA	1976	Meleiba	Colonos
TROMPILLO-PRIMAVERA	1983	Humberto león	Colonos
TROMPILLO-PRIMAVERA	1984	Elias Jaspe	Colonos
TROMPILLO-PRIMAVERA	1978	Alonso mejía	Colonos
NUMERO DE PERSONAS ASESINADAS ARAUCA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**

HITNU CUILOTO	2009	Pablo Rodríguez Garavito	Farc-EP
MATECANDELA	2009	5 personas muertas por minas anti personas	Guerrilla
IGUANITO	2007	Henry Iguanitos Angarita- y tres líderes mas	Guerrilla
MACAGUAN	2011	1 Sikuani	Miembros del pueblo Macaguan
NUMERO DE PERSONAS ASESINADAS GUAINIA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**
MINITA MIROLINDO	2003	Comunidad Mirolindo. 1 persona de 18 años	Farc-EP Frente 16
GUACO BAJO	2003	Comunidad Guaco. 2 personas	Farc-EP Frente 16
B/QUITO LAGUNA COLORADA	2002	Comunidad Laguna Colorada. Robinson Chirino Hernández	Farc-EP Frente 16
B/QUITO LAGUNA COLORADA	2000	Barranco Guarura. Armando Naranjo	Farc-EP Frente 16
ARRECIFAL SARARE	2004	Comunidad Arrecifal. 1 persona joven	Farc-EP Frente 16
CARPINTEROS PALOMAS	2002	Comunidad Palomas. Muere una persona por causa de las minas anti-personas	Farc-EP Frente 16
ZONA BAJA Y MEDIO DEL GUAVIARE	1999-2000	17 Personas asesinadas	Farc-EP Frente 16

Tabla 12. Casos de reclutamiento

PERSONAS RECLUTADAS POR GRUPOS ARMADOS VICHADA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**
SAN LUIS DEL TOMO	1998	José Ignacio Gaitán	Farc-EP
SAN LUIS DEL TOMO	1998	Gilberto Gaitán	Farc-EP

SAN LUIS DEL TOMO	2000	Octavio Yepes	Farc-EP
SAN LUIS DEL TOMO	2002	Dionisio machado	Farc-EP
SAN LUIS DEL TOMO	2009	Magda milena Ramírez(menor de edad-12)	ERPAC
SUNAPE	1992	Reinel Chipiaje	Farc-EP
MUCO MAYORAGUA	1997	Remigio Chipiaje	Farc-EP
SUNAPE	1995	Egidio Chipiaje Burgos	Farc-EP
SUNAPE	1999	Elmer Errenuma	Farc-EP
SUNAPE	2000	Pablo frey González Jarcia	Farc-EP
MUCO MAYORAGUA	2001	Anamilbia García	Farc-EP
MUCO GUARROJO	2003	Alba luz Gaitán	Farc-EP
MUCO GUARROJO	2004	Bernardo Chipiaje	Farc-EP
MUCO MAYORAGUA	2012	Arístides Mendoza	Farc-EP
LAGUA ANGUILLA	2002	Comunidad san Rafael. 2 jóvenes fueron reclutados forzosamente	Farc-EP
LAGUA ANGUILLA	2002	5 Jóvenes ingresaron voluntariamente a la guerrilla	Farc-EP

PERSONAS RECLUTADAS POR GRUPOS ARMADOS GUAINIA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**
ZONA GUAVIARE MEDIO	1999-2000	20 Reclutadas forzosamente	Farc-EP Frente 16
GUAVIARE BAJO Y MEDIO	1999-2000	25 Jóvenes ingresan Voluntariamente	Farc-EP Frente 16

Tabla 13. Casos de amenazas y retenciones

PERSONAS AMENAZADAS Y RETENIDAS POR GRUPOS ARMADOS VICHADA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**
SAN LUIS DEL TOMO	1995	Juan Chipiaje ortega-retenido y maltratado por presunto colaborador de las Farc- Coronel MATALLANA	Ejército Nacional-Cumaribo Vichada
SAN LUIS DEL TOMO	1995	Claudia Chipiaje ortega retenida y maltratada por presunta colaboradora de las Farc-Coronel MATALLANA	Ejército Nacional-Cumaribo Vichada
SAN LUIS DEL TOMO	2012	Juan chipiaje Ortega	Colonos – Finqueros
SAN LUIS DEL TOMO	2012	Merly Ospina	Colonos – Finqueros
CAÑO BACHACO	2011	Manuel Salazar, Chaman y Dilson Sánchez, Capitán son amenazados por que le exigen a un finquero salir de sus tierras	Gilberto Mazona, supuestamente pertenece a los paramilitares.
PERSONAS AMENAZADAS Y RETENIDAS POR GRUPOS ARMADOS ARAUCA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**
IGUANITOS	2007	Miguel Ángel Iguaitos, Cabildo Gobernador amenazado	Farc-EP
PUEBLO N UEVO	2011	Comunidad Pueblo Nuevo. Milena Angarita menor de edad abusada sexualmente	Miembros del Ejército Nacional
CAÑO LIMON	2012	Escuela Caño Limón. Carmen Iguanitos Victima por Municiones sin explotar	Grupos Armados
		Caso de maltrato	Ejército Nacional.
		Líder Indígena retenido y amarrado y amenazado de muerte	Farc-EP
LA ESTRELLITA	2012	Gregorio Yance, seguido constantemente por la Policía y Acusado de colaborador de la guerrilla	Policía Nacional
PERSONAS AMENAZADAS Y RETENIDAS POR GRUPOS ARMADOS GUAINIA			

RESGUARDO	AÑO	VICTIMA	ACTORES
SEJALITO SAN BENITO	2011	Comunidad la Esperanza Sejal. Pedro Nel Niño fue herido por cuatro impactos de bala quedando con secuelas de por vida.	Armada Nacional

Tabla 14. Casos de desaparición

PERSONAS DESAPARECIDAS POR GRUPOS ARMADOS VICHADA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**
LA PASCUA-PRIMAVERA	2006	Edwin córdoba	Autodefensas
LA PASCUA-PRIMAVERA	2006	Ancizar moreno	Autodefensas
LA PASCUA-PRIMAVERA	1985	José Clavijo	
LA PASCUA-PRIMAVERA	1996	Utjuburu	
PERSONAS DESAPARECIDAS POR GRUPOS ARMADOS ARAUCA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**
	2009	1 Persona	
PERSONAS DESAPARECIDAS POR GRUPOS ARMADOS GUAINIA			
RESGUARDO	**AÑO**	**VICTIMA**	**ACTORES**
ZONA MEDIO RIO GUAVIARE	1999-2000	30 Personas desaparecidas	Farc-EP
CARPINTERO PALOMAS	2002	Comunidad Carpintero. 6 Personas desaparecidas. Comunidad Palomas. 1 persona desaparecida	Farc-EP

3.2.2 Mujer, familia y generación

Indiscutiblemente toda la problemática que afecta hoy al Pueblo indígena sikuani radica en la pérdida o riesgo de pérdida del territorio ancestral, en la soberanía que hemos perdido o estamos en riesgo de perder sobre nuestro territorio; la intervención de la cultura "blanca" en todas sus formas y por ende el debilitamiento de la cultura y tradiciones, son una problemática que afecta de manera *directa y contundente* un componente esencial para la pervivencia y supervivencia del pueblo sikuani: las Mujeres, la Niñez, la Juventud y los baúles de sabiduría de los mayores.

Por tanto el eje de Mayores sabios, mujer, niñas, niños, y jóvenes hace parte transversal del pueblo sikuani y se incorporó dentro del Plan Salvaguarda sikuani en la medida en que entendemos que hay problemáticas específicas que afectan de manera directa a este grupo de personas, a pesar de ser todos miembros de un mismo Pueblo y por tanto parte de una colectividad[26].Tema neurálgico que ha generado inquietud dentro de las comunidades indígenas, no solo las Sikuani, pero que se ha decidido apoyar y sustentar desde la propia concepción teniendo en cuenta que también hace parte de un nuevo dialogo legislativo con el gobierno a través de Autos como el 092 con el programa número 8 para mujeres indígenas, el auto 237 sobre niñez, el programa de garantías y la Ley de Victimas, entre otros; legislación que evidentemente busca y se ha planteado en pro de la pervivencia y supervivencia de los pueblos indígenas.

Atendiendo al requerimiento pero más a la necesidad urgente de una atención diferencial para los Pueblos Indígenas, y en este caso para el Pueblo indígena sikuani, se presentó la tarea de hacer un auto-reconocimiento específico sobre las afectaciones a las que están expuestos los Mayores Sabios, las mujeres, niñez y juventud, en el marco del conflicto armado pero también en el marco de la explotación de los territorios por parte de las multinacionales y grandes hacendados, entendiendo que la protección, prevención y reparación de las afectaciones beneficiará a todo el Pueblo sikuani. Pero que dicho sea de paso, aún existe desconocimiento por parte de las comunidades sobre la política pública (normatividad), sobre los derechos constitucionales y legales del grupo poblacional ya señalado.

Dentro de la cultura sikuani la labor de los Mayores Sabios es de vital importancia pues en él reposa la memoria histórica de la cultura como Pueblo sikuani, son los encargados de la conducción de su Pueblo, es por eso que se debe proteger a la población de la tercera edad; primero por su condición de ancianos que necesitan

[26] Cabe aclarar que el Pueblo Sikuani de Arauca decidió que en su documento departamental no apareciera un eje específico tal y como aquí se está planteando, pero las problemáticas y propuestas de este departamento están aquí consignadas.

de unos tratamientos especiales y segundo porque se deben aprovechar todos esos conocimientos culturales, históricos y tradicionales que permiten la pervivencia de los pueblos a través de los tiempos.

La situación de los Sabios (adulto mayor) se torna difícil en sus comunidades ya que para ellos es muy dificultoso acceder a los servicios que ofrecen las diferentes Instituciones del Estado; primero porque que ellos no salen a los centros poblados y no se dan entender en su idioma, segundo porque las situaciones geográficas en donde se encuentran son de difícil acceso, largas distancias, alteración del orden público y porque casi nadie se compromete en trasladarlos. Además las autoridades (Cabildos, Capitanes) son muy poco o nada lo que hacen por esta población, por falta del buen ejercicio de la autonomía y gobierno propio.

De una manera muy generalizada para los cuatro departamentos, podemos decir que nuestros Sabios (adulto mayor) están desamparados tanto por sus mismas organizaciones porque no cuentan con los recursos que muchas veces van para programas específicos que no los benefician, como por parte del Estado siempre los beneficios se quedan por el camino y en las zonas urbanas que ni son integrales ni diferenciales.

Por otro lado, en tiempos cuando el pueblo Sikuani se movilizaba libremente por todo su territorio ancestral, haciendo honor a sus usos y costumbres, sin un contacto exterior que impactara de manera directa su cultura, la ***mujer*** *Sikuani* desempeñaba una labor fundamental dentro de su pueblo: era la que enseñaba la lengua y las tradiciones, por ejemplo, "*nuestras abuelas aconsejaban y orientaban a las niñas en el proceso del rito de la pubertad para educarlas, formarlas para la vida diaria y ser responsable con sus hijos y sus esposos".* Hoy día, estas prácticas ancestrales no se realizan con la misma connotación precisamente por la dinámica de cambios y aculturación a la que se ha sometido este Pueblo; la influencia de la cultura blanca ha permeado el pensamiento de las y los jóvenes sikuani quienes han perdido el interés por las tradiciones, los usos y costumbres. Tanto así que se han olvidado algunas prácticas propias sobre comidas tradicionales como el *Casabe, Mañoco, Awimali* (especie de masa para hacer colada a base de batata, plátano, frutas, miel de abeja), entre otros.

Pero además, tenían un papel importante en la toma de decisiones dentro de la comunidad, pues participaban en el gobierno propio. Muchas de las mujeres madres y abuelas manifestaron que su valor y su autoridad se ha venido debilitando y su participación en los procesos políticos es poca. Las nuevas formas de ejercer gobierno bajo la figura de resguardos e interlocución con las instituciones ha contribuido al debilitamiento de la figura que representa la mujer.

Así las cosas, uno de los asuntos tratados tiene que ver con el **liderazgo de las mujeres.** Este es un punto que se está empezando a reflexionar dentro del pueblo

sikuani; si bien es cierto que las condiciones de las tradiciones han determinado que las mujeres no tengan una participación directa en los escenarios políticos, en la actualidad se ve la necesidad de replantearse, ya que las mujeres sikuani han ganado en liderazgo dentro y fuera de sus comunidades por lo que ven la necesidad de involucrarse en esos escenarios.

La ex cabildo Martha Ligia Cariban del Resguardo Aiwa Kuna (Vichada) comenta que aunque aún falta por trabajar éste tema de la participación de las mujeres, se puede decir que los Sikuani están empezando a reconocer las capacidades de algunas lideresas; hoy al interior de las comunidades se pueden encontrar mujeres capitanas, docentes, gobernadoras y promotoras de salud, cargos que hace unos años no era posible que obtuvieran las mujeres sikuani, sin embargo ella comenta que la falta de participación de las mujeres en los espacios de decisión se debe a dos o tres motivos: uno tiene que ver con el hecho de que al interior de las familias, algunos hombres no permiten que las mujeres participen en los espacios políticos, bajo el argumento de que ellas deben quedarse en la casa, esto por un temor que persiste y es que piensan que si una mujer incursiona en un espacio político el hogar queda desamparado, esta misma información se pudo encontrar en los relatos dados por las mujeres que participaron en las asambleas comunitarias. El segundo factor se debe a que las mujeres no tienen la suficiente preparación para asumir cargos de dirección y desconocen los temas de administración, lo que hace que no quieran participar en dichos espacios. También el temor de las mujeres es que al dejar a sus hijas e hijos solos pueden caer en malos pasos o descarrearse.

Por otro lado, hay que decir que factores externos al Pueblo Indígena sikuani vienen incidiendo en los comportamientos socioculturales impactando a las mujeres de manera negativa, ya que estas vienen siendo agredidas y se presentan varios casos de maltrato físico (por celos, quemaduras, violaciones, irrespeto dentro de la familia) y sicológico (Palabras ofensivas, humillaciones, discriminación en razón de género y de su condición étnica, entre otros) específicamente en los centros urbanos, atentando contra la integridad de las mujeres y la familia.

Por ejemplo, en las comunidades indígenas rurales del Guainía no se presentan casos de maltrato de este tipo pero en los asentamientos adyacentes al casco urbano de Puerto Inírida si se evidencian este tipo de situaciones especialmente en mujeres, niños y jóvenes. Estos maltratos se dan en gran medida por motivos de drogadicción (Bóxer) y alcoholismo conllevando la violencia intrafamiliar y agresión a las mujeres. Hay un programa para la atención de la adolescencia, y el adulto mayor del ICBF en convenio con Centro DÍA, entidad no gubernamental que presta servicios pero solo en Puerto Inírida.

Entonces, aunque la ausencia de programas, planes y entidades para la atención y control de problemáticas sociales como la drogadicción, alcoholismo, prostitución, y delincuencia ha profundizado el impacto a nivel de desarraigo y pérdida cultural, que además no están registradas ni con estadísticas por razones de ausencia de instituciones que se encarguen de la vigilancia, se debe decir también que estos problemas se presentan por la falta de oportunidades económicas, educativas, reducción territorial, debilidad del **gobierno propio** y de salud dentro de los resguardos y que está obligando a las familias a salir de su territorio hacia los espacios "urbanos" como Barrancominas y Puerto Inírida donde se tienen que enfrentar con esta situación.

Otro de los problemas en las comunidades es el **mestizaje**, entendido desde varios puntos de vista: la conformación voluntaria de familias entre mujeres sikuani y colonos, y entre hombres sikuani y mujeres colonas; mujeres sikuani embarazadas y abandonadas por hombres de grupos armados legales e ilegales.

Si bien es cierto, no existe una prohibición explícita para formar hogares con colonos, ésta si ha desencadenado una serie de dificultades dentro de las comunidades ya que muchos de estos hogares surgen sobre la base de una falsa expectativa sobre el hombre "blanco" como proveedor de mejores formas de vida.

Para el caso del Vichada, se ha presentado que nuestras mujeres son utilizadas y burladas, en algunas ocasiones por hombres pertenecientes al Ejército Nacional; éstos se acercan con la intención de tener relaciones íntimas con las mujeres indígenas jóvenes, dejándolas en embarazo y sin apoyo alguno para la madre y su hijo. Como consecuencia de estos actos, muchas mujeres se convierten en madres cabeza de familia, quienes regresan al lado de sus padres, sin trabajo y dependiendo de lo que le puedan brindar sus familiares más cercanos, cabe anotar que estas mujeres no reciben ningún tipo de apoyo institucional. Las madres jóvenes Sikuani al no tener ningún apoyo económico, ni capacitación en algún oficio o actividad para poder obtener recursos, entran a engrosar los índices de pobreza dentro de las comunidades.

Igualmente el trabajo de estas madres y de la mayoría de las mujeres sikuani se ve reducido (pero no menos importante) al espacio doméstico, al cuidado de los miembros de la familia, especialmente de los menores y adultos mayores, y las labores en el campo donde asumen la tarea de la recolección de los productos como es la cosecha de la yuca brava, labor que no es compartida con los hombres de la comunidad. Lo cierto es que las jóvenes madres, están en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que al no tener un apoyo, son más susceptibles a encontrarse en situaciones de extrema pobreza, al igual que los menores se exponen a situaciones de desnutrición y en algunos casos se ha presentado la mendicidad.

Por lo tanto, del problema de los abusos sexuales y engaños a las mujeres se desprende otro igual de alarmante: a causa de la desestabilidad emocional, física y sobre todo económica, los niños no pueden gozar de una alimentación balanceada, razón por la cual en la mayoría de los Resguardos Sikuani esta problemática está latente. Para el Vichada, de acuerdo a la información recolectada, el ICBF no apoya a las madres ni a los menores que se encuentran en las comunidades más apartadas de los cascos urbanos.

El programa de desayuno infantil solo es proporcionado a las comunidades más cercanas al casco urbano (al igual que en el Guainía, Arauca), por ejemplo, las mujeres y los niños ubicados en el Bajo rio Guaviare no acceden a este programa. Así mismo, hay que decir que el programa de recuperación nutricional no corresponde a una alimentación cultural, lo cual incrementa más el índice de desnutrición una vez terminado el programa ya que en muchas ocasiones los niños no están acostumbrados a los productos suministrados agudizando la problemática y generando reacciones por parte de los funcionarios quienes argumentan que los indígenas son “conchudos”, “desagradecidos” porque no aprovechan los alimentos que se les dan para la alimentación de los menores, o “desconsiderados” porque utilizan los víveres para otras cosas.

La situación de los niños y jóvenes en el Guainía también resulta problemática por los altos niveles de desnutrición a causa de factores como la contaminación de alimentos, límites y restricciones de movilidad para la búsqueda de alimentos, agotamiento de las fuentes de alimentos más cercanos, restricción para la pesca en las zonas ricas en peces, entre otros. Prueba de ello es la muerte de seis menores (6) a raíz de desnutrición crónica.

En el departamento del Meta, la desnutrición infantil también hace de las suyas, aquí se dice que los programas de alimentos que se tiene para los niños no son suficientes porque no cubren en su totalidad a los resguardos y no responden a una alimentación cultural.

Así mismo, la situación de salud más alarmante es la que se presenta en el Resguardo Wacoyo, y aunque afecta en general a toda la comunidad, los más afectados están siendo los niños lamentablemente; la Empresa Fazenda con su crianza masiva de marranos y poco control de salubridad, está ocasionando una situación ambiental insostenible debido a los malos olores intensos, plagas y contaminación del ambiente generando enfermedades respiratorias, estomacales, contaminación visual, y afectaciones en la piel, terminando en las muertes lamentables de muchos niños sikuani.

Esta situación de hambre y de pocas oportunidades de trabajo, aunada a la presencia de militares o trabajadores de multinacionales, en los territorios sikuani

también está generando **prostitución**, sobre todo en las jovencitas, problemática que también obedece a una debilidad en el gobierno propio.

Para el Vichada, este fenómeno se encuentra en las cabeceras municipales como Puerto Carreño y Cumaribo, especialmente donde se ubican las bases militares, donde se les ofrece desde 10.000 pesos en adelante a cambio de servicios sexuales.

En el departamento del Guainía, en la actualidad las mujeres indígenas son objeto sexual de la fuerza pública (Ejército, marina, policía) como también de los colonos comerciantes que llegan a Puerto Inírida, Barrancominas y los resguardos. En Barrancominas las jovencitas sikuani son explotadas sexualmente a cambio de un plato de comida o por 5.000 pesos. Aunque no importa cuán alto o bajo sea el valor en pesos transado por el cuerpo de las mujeres, pues el solo hecho de venderlo ya demuestra una situación alarmante; resulta más preocupante que dicha transacción se realice por solo 5.000 pesos o por un plato de comida en la medida en que evidentemente se debe entender que tras la prostitución se manifiestan las condiciones de extrema pobreza que algunas de las comunidades de los cascos urbanos sobrellevan. Otro punto de reflexión y discusión que se debe trabajar al interior de las comunidades y atinente al gobierno propio está relacionado con la aprobación y aliento a esta práctica por parte de las madres de las jovencitas que se prostituyen, problema igual o más grave aún. Aunque no es prostitución como tal, también se presentan casos de “vender” nuestras niñas a colonos o a los mismos indígenas por beneficios económicos.

Pese a que los sikuani no están de acuerdo con las campañas de planificación y prevención de embarazos, si se piensa que la insuficiencia en la prestación de los servicios de salud pública ha conllevado a la proliferación de embarazos no deseados, ya que no hay formación en programas de planificación, teniendo en cuenta que las mujeres están expuestas a los abusos por parte de grupos legales e ilegales. Algunos núcleos familiares encabezados por las madres optan por desplazarse a las cabeceras urbanas para brindar la posibilidad de estudio y mejores opciones económicas. No presentan ningún tipo de formación en temas de atención sexual y reproductiva lo que hace vulnerable a las mujeres frente agentes externos como los militares los cuales las engañan a cambio de comida y objetos insignificantes conllevando el abuso sexual a partir del engaño**.**

De igual forma se ha presentado que en estas mismas cabeceras municipales los niños se están dedicando a la **mendicidad** según información recolectada entre las dos poblaciones Puerto Carreño y Cumaribo se suman alrededor de 25 niños dedicados a pedir limosna. El Pueblo sikuani manifiesta su gran preocupación con respecto al tema de las mujeres, niñas y niños, en especial de las madres cabeza de familia, pues esta situación aun cuando se ha manifestado a las entidades

respectivas, no se ha llevado a cabo ninguna solución que hasta el momento pueda darles mejores oportunidades.

En Guainía hay presencia de niños en los centros urbanos como **mendigos** que viven de limosnas a raíz del desplazamiento, por razones de estudio emigran a las poblaciones y allí son influenciados por factores como la drogadicción, alcoholismo, prostitución, delincuencia, entre otras; la atracción que ofrece la presencia de militares. Nunca han existido entidades para apoyar los niños, jóvenes.

Como ya se había mencionado, la falta de interés de las y los **jóvenes** por aprender y conservar la lengua y las costumbres se está convirtiendo en un problema grave para la pervivencia de los sikuani.

Entonces, uno de los factores que más está contribuyendo a esta falta de pertenencia y de arraigo cultural es el contacto de las y los jóvenes sikuani en los centros educativos con los colonos. Compartir espacios y tiempos prolongados con estos jóvenes, así como sus costumbres y expectativas de vida, ha tenido como consecuencia que los sikuani vean en la vida de los blancos, una mejor alternativa y no la que tienen al interior de sus comunidades. Sueños y expectativas de vida que se frustran por falta de garantías y oportunidades para continuar sus estudios de básica, media vocacional y educación superior.

Así las cosas, en la secuencia de problemas que se desencadenan siguen los obstáculos a que se ven enfrentados para poder ingresar a estudios superiores, ya que deben adaptarse a un medio ajeno a su cultura (ciudad) donde no cuentan con una vivienda, alimentación y recursos económicos para el transporte, etc; pero también a un proceso de aculturación y perdida de su propia identidad cultural. Al no tener estas oportunidades para acceder a la educación; los sikuani se ven forzados a buscar trabajo, sin embargo, esto tampoco es fácil, ya que en la región no existen posibilidades de acceder a un empleo o apoyo económico para salir de sus comunidades y continuar con sus estudios.

Una consecuencia de esta situación de las bajas oportunidades educativas y laborales, es el ingreso de nuestros jóvenes a las filas de los grupos armados al margen de la ley o de la delincuencia común, que mediante engaños se presentan como una posibilidad de salir de sus condiciones de pobreza. De igual forma, encontramos algunos casos en los cuales también están ingresando voluntariamente a la Fuerza Púbica (ejército y policía), situaciones estas que en nada garantizan la pervivencia de nuestro Pueblo dadas las condiciones actuales de orden público.

En el departamento del Guainía los jóvenes sikuani también ven en la Fuerza Pública (Ejército, marina, policía) una opción laboral en busca de mejores condiciones; pero también lo ven como la posibilidad para adquirir la libreta militar y poder conseguir un trabajo que incremente los ingresos económicos. Este último aspecto, deja entrever que nuestros hermanos de base no conocen todos los beneficios a los que tienen derecho pues es sabido que los Indígenas en Colombia no están obligados a prestar el servicio militar.

Por otro lado, en el Departamento del Vichada en cuanto a los jóvenes que no salen de sus comunidades, hay que decir que estos se dedican a labores del campo, otros consiguen mujer o marido a muy temprana edad y muchos de los que salen hacia los centros poblados o cabeceras municipales se quedan radicados allí pero enfrentando condiciones adversas de supervivencia. Lamentablemente algunos caen en el tráfico de estupefacientes, en la drogadicción y en el alcoholismo, y las mujeres muchas de las veces en la prostitución; aunque no es una situación generalizada, se presentan situaciones muy particulares tal vez como consecuencia de las necesidades que pasan o por el constante intercambio con personas de otras culturas que los inducen al consumo de sustancias psicoactivas.

3.3 SUPERVIVENCIA

3.3.1 Territorio, ambiente y naturaleza

Los sikuani desde siempre han mantenido un completo aferramiento a la madre tierra (*ira*) porque en ella han encontrado todo lo necesario para la pervivencia y supervivencia, es en ella en donde se define la propia identidad.

El concepto de territorio esta dado en esta cosmovisión y en el sentido de espiritualidad; el territorio es más que el resguardo o el espacio físico donde se consigue el sustento para supervivir. El territorio es *Nakua*: comprende 3 espacios que son: el subsuelo (debajo de la superficie-*irasanawi*- que vive gente debajo de la tierra (*Ainawi*), Los que están en la superficie que son las montañas, ríos, lagunas, gente y animales (*irapijiwi*) y los que están en el firmamento (*Tsamanimonae*) *Yamajü kuemainü*. Para los sikuani, la noción de territorio tiene un significado más amplio al meramente legal o al que tiene un colono o un funcionario.

Es precisamente esta percepción sobre el territorio lo que diferencia entre otras muchas cosas, la ideología indígena de la ideología "occidental"[27]. El Indígena

[27] Término utilizado constantemente por los indígenas para referirnos a la sociedad mayoritaria.

sikuani no concibe su territorio como un elemento para la venta, no le interesa comercializarlo ni explotarlo ya que en él están los lugares sagrados: las serranías, los barrancos, montañas, caños, lagunas, ríos, piedras naturales y preciosas, todos son lugares sagrados porque de ahí se fortalece la energía que posee el medico tradicional para manejar la relación de armonización y evitar enfermedades que producen las energías negativas de esos lugares que se manifiestan cuando el hombre desobedece las normas culturales que se tienen por tradición. En el siguiente testimonio de los sabedores que participaron en este proceso se evidencia este concepto:

> *El territorio es donde están las tierras sagradas que se necesitan para la conexión del médico tradicional para el ejercicio de su trabajo. Para nosotros los indígenas el territorio es fundamental porque es el que nos garantiza la supervivencia del pueblo indígena porque el territorio encierra toda la creencia de ese pueblo en ese territorio. Conclusión, el territorio indígena es territorio sagrado para el indígena, porque en su concepción la tierra es sagrada y no está en venta. Lo sagrado es lo que consume el Sikuani, utilizamos el agua, utiliza la piedra, utiliza la arena, el cuarzo lo que consume corporalmente es lo sagrado; y la espiritualidad es la comunicación para hacer amistad: nace el niño y tiene que comunicar a toda la naturaleza para que no le hagan daño, los ainawi son los espíritus de la fortaleza del hombre, el hombre los emplea para comunicarse con la naturaleza.* (*Sánchez, Gaitán y Vargas. PSS, 2013*).

El Territorio también es concebido como un espacio de Unidad Sociocultural sobre el cual las comunidades indígenas realizan sus prácticas, usos y costumbres culturales, mantienen viva la lengua y ejercen autonomía. Sin territorio no es posible hablar de autonomía alimentaria, ni de salud, ni de identidad. En consecuencia, el territorio en sí es la fuente de todo lo esencial para la pervivencia y supervivencia como pueblo, *el medio a través del cual se entrelazan el pasado, el presente y el futuro, "es la razón de ser de la historia; es el espacio que recorren los espíritus para fertilizar la memoria de los ancianos, es el punto de encuentro de todos los seres que pueblan los mundos superpuestos. El territorio para nosotros es el maestro y el germen del pensamiento integral"*[28]

La situación territorial vista desde las prácticas occidentales:

La población indígena sikuani, es el grupo poblacional más numeroso de la Orinoquía con un aproximado de 39.500 habitantes únicamente en los departamentos de Arauca, Guainía, Meta y Vichada, departamentos que desarrollaron el proceso con la Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC; sin contar con los sikuani del departamento del Casanare y Guaviare y seis

[28] Asociación de cabildos y autoridades tradicionales indígenas del departamento de Arauca. Plan de vida de los pueblos indígenas del departamento de Arauca. Auto reconocimiento propositivo. Arauca 2005. P.100.

resguardos en el departamento del Vichada, que están desarrollando la formulación del Plan de Salvaguarda con Pastoral Social, pero que esperan unificar las propuestas como Pueblo. Igualmente se cuenta con un territorio de propiedad privada colectiva, titulado bajo la figura de resguardos en un total de 80, que representan 2.380.369 hectáreas y cerca de 20 asentamientos en el que se pretende una titularidad de 668.684 hectáreas.

A principios de los años ochenta se empieza la ruptura del concepto territorial sikuani y se inicia la conformación de resguardos por parte del INCORA y por eso muchos de los problemas que enfrentan en la actualidad los resguardos, se deben a la forma como se adelantaron los estudios socioeconómicos que preceden a la titulación, por personas que desconocían la cultura Sikuani y las necesidades reales de tierras aptas para la agricultura, caza y pesca; ya que en varios casos, se dejaron por fuera de los resguardos los territorios tradicionales o sitios sagrados, y actualmente son objeto de reclamación por parte de las comunidades con fundamento en la Constitución Nacional y en la Ley 21 de 1.991.

La impresión que se ha dado y que se mantiene, es que se benefició a las comunidades con grandes cantidades de tierra, pero de una parte no se tuvo en cuenta que un alto porcentaje de esa área eran serranías conformadas por piedra y gravilla o sabanas de suelos ácidos que demandan de tecnología y recursos para hacerlas productivas. Realmente la disposición de suelos aptos para sembrar son muy pocos (bosques de galería o selva) y si se tiene en cuenta el aumento de la población, la demanda se acelera y las familias se ven obligadas a resembrar en sitios (rastrojos) que aún no se han recuperado, lo que hace que la situación sea cada vez más crítica, (por rendimiento decreciente) poniéndose en peligro la subsistencia del grupo.

Se puede afirmar que si desde la Colonia la intensión fue reducir a los indígenas y en la Republica exterminarlos, en el siglo XX la política fue avanzando en la titulación del territorio ancestral amparados con el concepto de baldío que obedeció a intereses externos. Por tanto, el territorio ancestral de los sikuani hoy conocido como la Región de la Orinoquía, no eran tierras baldías, sus dueños ancestrales son los Pueblos Indígenas originarios de la Región entre los cuales están los sikuani quienes aún son una cultura viva que no ha ni vendido ni regalado las tierras.

> *A través del término "oficial" de **baldío** que utiliza Incora e Incoder se ha perdido también el territorio, no vale decir que ahí está enterrado mi abuelito, el palo de Yopo, el territorio que espiritualmente ha venido manejando mi abuelo, eso no vale para la cultura blanca, lo que cuenta es el documento, la propiedad del indígena se fueron perdiendo por ese término de baldío. Ese término es una herramienta política para que la burguesía gobierne, y expropiarnos de nuestros territorios* (Sánchez Hernando. PSS, 2013).

Además de este término de baldío y como si fuera poco también se está hablando de que el subsuelo es del Estado, con el interés de explotar los recursos que han sido la vida, el sostén y el equilibrio de la madre tierra, y con este término están matando hoy en día con los megaproyectos anotados en el contexto económico regional, como se evidencia en el siguiente testimonio:

> *Este término también nos está sacando poco a poco de nuestros territorios debilitando lo cultural, lo económico, desmantela el medio ambiente y nos engaña con el termino compensación; el tipo de compensación no equivale con el daño que se hace a la cosmovisión y al debilitamiento energético de los médicos tradicionales. El pueblo no mira con satisfacción la compensación que se recibe al explotar los recursos del subsuelo porque se debilitan las energías con las que se soportan los médicos tradicionales para manejar equilibradamente su territorio y sus recursos naturales. También nos sentimos engañados al romper la diversidad de elementos subterráneamente, ¿cuánto tiempo no demora para volver otra vez para emitir las energías que se venían emitiendo de la cual depende la parte espiritual del pueblo indígena?* (Sánchez Hernando. PSS, 2013).

Por el concepto occidental sobre la tierra en razón de intereses económicos, actualmente el tema se ha convertido en uno de los puntos más sensibles del pueblo indígena sikuani, en cuanto a que los territorios de los Llanos Orientales se han convertido en una zona de expansión petrolera, minera, agroforestal etc; ***provocando intimidación, desplazamiento, confinamiento y problemas internos que cada día se agudizan más.***

La política gubernamental agro minera compone una serie de acciones que destierra y desaloja a los pueblos indígenas que se movían libremente en esta vasta región, afectando los lugares sagrados donde desarrollaron la ritualidad a la madre tierra; de la misma manera las actividades económicas, sociales, culturales y ambientales como práctica encaminada a mantener las raíces milenarias y ancestrales.

Estas prácticas de la economía occidental, como consecuencia de todo el proceso histórico, han conllevado a situaciones de desestabilización socio-económica, crisis humanitaria, social y cultural, el impacto del conflicto, la fuerza de terratenientes y paramilitares, y las empresas trasnacionales extractoras de recursos naturales, que amenazan la existencia misma del pueblo sikuani. Amenaza representada en el despojo y control territorial por parte de los actores armados, la militarización y vinculación de los jóvenes a la guerra, la violencia sexual a niñas y mujeres indígenas, el confinamiento de las comunidades, el control de alimentos, de movilidad y el desplazamiento de familias enteras a las cabeceras municipales, el daño ecológico causado a los ríos que irrigan la región como el río Meta, Río Vichada, Río Guaviare, Orinoco, Tillavá, Muco, Guarrojo, Manacacias, entre otros. Así como la extracción de madera y la penetración de colonos debido al auge de la exploración y explotación de petróleo y la

permanencia de los cultivos ilícitos, igualmente la desatención estatal la corrupción administrativa y la falta de acceso a la justicia; son las principales causas de exterminio y vulnerabilidad que afronta el Pueblo Sikuani de la Orinoquia colombiana.

Problemáticas territoriales

Como dato relevante a las comunidades indígenas del Pueblo sikuani se les ha expropiado a través de la violencia en sus distintas manifestaciones, y a través de los actos legales del INCORA hoy INCODER cerca de 1.600.000 hectáreas que se titularon a terceros y particulares sin respetar el espíritu normativo de las reservas de la ley segunda de 1960 que simplemente se dejaron como baldíos y son hoy por hoy el territorio ancestral y tradicional del Pueblo sikuani y que por supuesto están supeditados al ordenamiento jurídico en marcado en el decreto 2164 de 1994, ley 160 de 1994 y el decreto 1397 de 1996, sin un proceso expedito y célere como lo pudo ver el relator para las Cuestiones indígenas de Naciones Unidas, James Anaya.

Las problemáticas más relevantes del Pueblo sikuani precisamente tienen que ver con la titularidad y el ejercicio pleno del derecho al territorio y a la Propiedad Privada Colectiva, el respeto por el ejercicio de la autoridad tradicional y sus formas de gobierno.

Es por ello que desde la territorialidad se desprenden la cadena de problemas del pueblo, identificados como prioridad y generales en todo el proceso que a continuación se enumera:

Muchos de los territorios ancestrales no están reconocidos como parte de los resguardos, ya que quedaron fuera de los linderos de los resguardos titulados.

Algunos territorios de resguardos necesitan saneamiento, otros requieren ampliación por la superpoblación (Ver anexo 5)

Desplazamiento, despojo, usurpación y desterritorialización a causa de los hechos de violencia de los años 70’s.

La Industria de los Hidrocarburos asentada en la región y que interviene directamente 11 resguardos sikuani y que tiene proyectado intervenir otros 18 más a través de sus operaciones industriales y de infraestructura el factor determinante en las afectaciones ambientales, culturales, económicas y sociales.

El conflicto armado imperante en la región y que se agudiza cuando se desatan enfrentamientos de grupos armados al margen de la ley dentro y cerca de los

resguardos, generando terror, confinamiento e impidiendo la libre movilidad, ya que también hay minas sin explotar en los territorios; así como el reclutamiento forzado en algunos casos por parte de las guerrillas y los grupos paramilitares.

El desarrollo e implementación de la política agroindustrial en la región, modelos como el cercado brasilero, monocultivos de extensión para la generación de agro combustibles a través de empresas y compañías multinacionales que ocasionan la progresiva reducción del territorio ancestral debido al incentivo institucional de la política gubernamental que favorece a las empresas de monocultivo.

La política sobre la Altillanura que se promueve por parte del gobierno nacional. El CONPES que se está formulando y conlleva a un nuevo ordenamiento territorial, sin la suficiente socialización y concertación con las comunidades indígenas viene generando algunas dudas e incertidumbres. Grandes proyectos de infraestructura, monocultivos y centros poblacionales son algunas de las iniciativas enmarcadas en este megaproyecto de iniciativa del gobierno nacional.

Los daños y pasivos ambientales que por ocasión del desarrollo de la industria petrolera en la región, impactos directos en el agua, fauna y los ecosistemas de sabana y bosques de galería de la región. Estos pasivos ambientales representan esa afectación directa que no ha sido mitigada, ni mucho menos compensada: como tampoco se ha intentado poner en marcha medidas de manejo y protección ambiental.

El 50% del territorio es sabana que impide la implementación de cultivos tradicionales, generándose una deforestación de los bosques por el incremento en la población y la quema y tumba de montes para los cultivos.

Reaparición de cultivos ilícitos en los territorios indígenas.

También se identificó la problemática relacionada con los territorios fronterizos:

Un aspecto importante a analizar en esta caracterización de la problemática sociocultural del Pueblo indígena sikuani en los departamentos fronterizos como los son Arauca, Guainía y Vichada, es lo relacionado con la situación de frontera que tiene apego y asocio a realidades cosmogónicas pero que por aspectos territoriales, administrativos, políticos y económicos han afectado profundamente el libre desarrollo social y humano de la población indígena sikuani. La ruptura cultural con los indígenas Sikuani que se encuentran en las zonas de Venezuela se constituye en una problemática que afecta las posibilidades de pervivencia cultural que obedecen a principios de creación y revitalización de lo propio. Recientemente esto viene siendo agudizado a partir de las dinámicas sociales,

económicas y políticas de ambos estados, dejando de por medio a la población indígena y por ende sujetos pasivos ante el desarrollo de dichas lógicas en sus territorios.

La situación fronteriza es compleja en la medida que influyen diversos factores en donde el indígena es utilizado para trabajos ilícitos: por ejemplo en la explotación comercial discriminada, la extracción minera, forestal y pesquera, el tráfico de estupefacientes, contrabando. De igual manera, los indígenas han recibido agresión militar, señalación y retención injustificadamente; acceso injustificado a los territorios por ser corredores estratégicos para el contrabando. Son factores que han desencadenado una problemática que supera las esferas sociales y culturales configurando fenómenos como la prostitución, drogadicción, delincuencia, enfermedades transmisibles y sometimientos laborales injustificados a círculos comerciales no controlados. En este sentido, lo relacionado con el desarrollo social, cultural y humano del pueblo Sikuani en situación de frontera debe atenderse en aras de salvaguardar la cultura y las prácticas propias en este contexto.

Problemática Específica Petrolera

La explotación petrolera se ha convertido en uno de los principales renglones productivos de Arauca, a pesar de que la mayor parte de su población se dedica a las actividades agropecuarias, especialmente la producción de cacao, plátano, ganadería y derivados lácteos.

El factor petrolero ha sido determinante para la población araucana, incluyendo a los indígenas en general y a los sikuani en particular, puesto que la intervención de territorios para la exploración y explotación de crudo, así como la construcción de infraestructura vial para su transporte, ha generado una serie de afectaciones ambientales, culturales, económicas y sociales que se hacen evidentes en la medida en que los diferentes grupos poblacionales han expresado su inconformidad con ese modelo de extracción de recursos naturales o con la forma en que se ha desarrollado en la región.

La contaminación ambiental, la destrucción de ecosistemas importantes para el equilibrio natural y cultural como el caso de la laguna del Lipa, antes llamado por el pueblo sikuani “Ware puka fereto” o de los esteros en los que se ubicó el campo Caño Limón y sus vías de acceso, no sólo estuvieron precedidos del desalojo de la población indígena y campesina que allí habitaba, sino que ocasionó la pérdida de criaderos de especies nativas que actualmente se encuentran en vía de extinción, tal como los pueblos caracterizados por la Corte.

En el tema ambiental es emblemático el caso del campo petrolero Caño Limón, sobre el cual anexamos un documento de la investigación adelantada por la USO respecto a la constitución de la zona de reserva forestal en los municipios de Arauca y Arauquita, zona en la cual posteriormente se autoriza la exploración y explotación de crudo por parte de la OXY. (Ver anexo 6 y 7).

En el Meta, la exploración y explotación de petróleos dentro de los resguardos o áreas vecinas, empiezan a impactar de distintas formas a las comunidades indígenas que carecen de los suficientes conocimientos para adelantar los procesos de consulta previa con las distintas empresas. La compra y manipulación de los líderes para adelantar procesos rápidos y baratos, ya está generando conflictos al interior de las comunidades. El Ministerio del Interior no es garantía suficiente para defender los intereses de las comunidades indígenas en los procesos de consulta previa.

Así mismo, el Meta está experimentando una problemática ambiental y de salubridad como consecuencia del "desarrollo" de los megaproyectos de la Altillanura a través de grandes empresas de Palmas, Soya, Maíz, Sorgo, plantaciones de Caucho, Azúcar y animales de engorde (cerdos) como La Fazenda. Esta problemática está conllevando a un nuevo ordenamiento territorial, sin la suficiente socialización y concertación con las comunidades indígenas que viene generando algunas dudas e incertidumbres. No se han analizado los posibles impactos culturales, económicos o ambientales en las comunidades indígenas.

3.3.2 Economía, producción y soberanía alimentaria

En este apartado se hará un acercamiento a la situación de la economía propia del pueblo sikuani de la Orinoquía, mostrando sus formas de organización económica, medios y herramientas de trabajo, el *conuco* como unidad de producción agrícola y medios de comercialización e ingresos, para avanzar en la construcción de un sistema de economía propia sikuani, que propenda por la consolidación de la soberanía y autonomía alimentaria y el abandono del asistencialismo, que rescate y fortalezca las prácticas tradicionales asociadas a los sistemas productivos propios, que respete su cosmovisión y el relacionamiento que desde lo espiritual, se tiene con el territorio.

El Pueblo sikuani basaba su sistema productivo en cuatro subsistemas, a saber: agricultura, recolección, cacería y pesca; pero dicho sistema ha sufrido grandes cambios que hoy lo hacen insostenible, arrojando a sus habitantes a la pobreza extrema.

Causas de lo anterior se remontan a la historia de la lucha por la tierra, una lucha que los ha rezagado a los lugares más improductivos, inundables y alejados de la geografía colombiana.

Es así que el Auto 004 de 2009 dice: "*la Corte Constitucional ha identificado claramente una serie de factores comunes, que constituyen los troncos principales de la confrontación que se cierne sobre los pueblos indígenas del país,… A su vez, estos factores operan sobre la base de una serie de procesos territoriales y socioeconómicos que, sin tener relación directa con el conflicto armado, resultan exacerbados o intensificados por causa de la guerra."* Dentro de dichos factores se puede encontrar la pobreza y sus consecuencias y la inseguridad alimentaria.

El Convenio 169 de la OIT rearguye al Estado para que los pueblos indígenas sean prioridad y hagan parte de los planes de desarrollo departamentales y municipales "El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento".

La declaración de Naciones Unidas sobre derechos de los pueblos indígenas en su artículo 21 numeral 2 reafirma lo anterior cuando reza que "Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas"

El artículo 23 de dicha declaración contempla que "Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo"

Economías propias del pueblo sikuani de la Orinoquía

La economía del pueblo sikuani ha estado y está ligada al territorio, presentándose algunas variaciones en la conformación u organización de las unidades productivas, dependiendo de aspectos como la ubicación geográfica, procesos históricos, influencia de sectores campesinos, entre otros.

Estos pueblos pueden ser catalogados como economías tradicionales indígenas, de tradición cultivadora, cazadora y recolectora, habilidades que hoy en día utilizan para interactuar con el mundo capitalista y mercantilista que los rodea; es así como se observa en mayor o menor medida una acelerada inmersión en el

mercado por medio de la venta de productos agrícolas y de cacería que cambian por dinero, el cual es utilizado en la satisfacción de necesidades básicas o de subsistencia como la alimentación.

Los sistemas de producción del Pueblo sikuani son de autoabastecimiento, dependiendo en gran medida de factores como la tierra, semillas, herramientas y las habilidades que por generaciones han adquirido, ligado a ello, está el conocimiento que se pueda tener del territorio donde se habita. Referente a esto último, se debe resaltar que los procesos de violencia y desplazamiento forzado, han obligado a estas comunidades, a habitar tierras que no hacían parte del territorio tradicional, por lo tanto se dificulta el acceso a semillas o frutos, que otrora se conseguían en otros lugares o caminos de correrías.

A) La unidad doméstica

La unidad básica de la economía del Pueblo sikuani, se sustenta en la familia, la cual se constituye en el núcleo de los sistemas tradicionales de producción y/o recolección, asignando roles a cada integrante, que están ligados a su cosmovisión, creencias y mitos; a diferencia de la sociedad capitalista, donde la división del trabajo obedece a temas como el rendimiento y la especialización en algunas tareas. La siembra del conuco está a cargo generalmente de los hombres, pero la recolección de tubérculos como la yuca amarga y su posterior procesamiento en alimentos como el mañoco y el casabe, es asumido por las mujeres.

La fuerza de trabajo utilizada para la producción y distribución en las unidades económicas indígenas es la de los integrantes de la familia, en donde no hay una percepción de lo que se llama empleo y mucho menos salario, no obstante, no se puede hablar de desocupación, puesto que la mano de obra se utiliza, dependiendo de los tiempos y calendarios ecológicos, los cuales tienen como respaldo, toda una cultura y creencias propias.

A diferencia de otras unidades productivas, que usan fuerza de trabajo externo, las familias del pueblo Sikuani no recurren a esto, debido a que sus sistemas productivos son tan triviales que no ameritan incurrir en gastos adicionales, que además no se podrían cubrir con los pequeños ingresos que se generan.

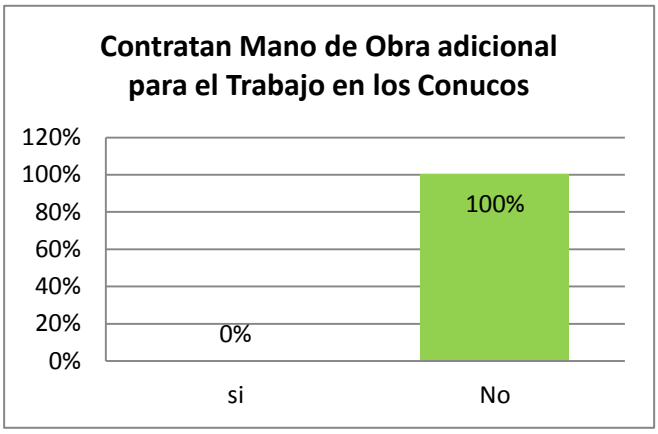


Gráfico 6. Contratación de Mano Adicional en los Conucos

B) Medios de trabajo

Están constituidos por el conjunto de bienes productivos y recursos naturales que hacen parte del resguardo, que como se había dicho anteriormente tienen una conexión fundamental con el territorio que habitan para el Pueblo sikuani, la tierra además de tener significados culturales y espirituales es el eje de su sistema de producción.

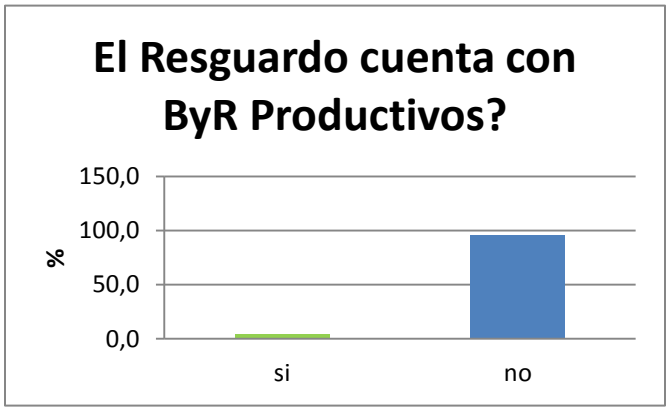
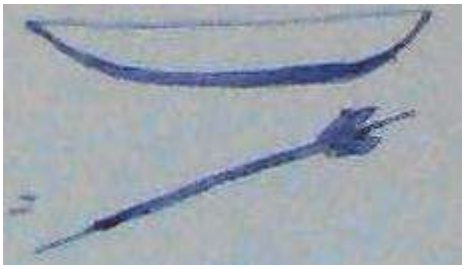


Grafico 7. Disponibilidad de Bienes y Recursos en los resguardos.

Otro factor importante está compuesto por los bienes y recursos productivos, como se evidenció en el trabajo de campo, los resguardos no cuentan con maquinaria, herramientas, cercas o incluso semillas que faciliten las labores del campo. Adicional a lo anterior se encontró que muchas de las herramientas propias se han perdido, ya sea porque no se enseña a sus hijos a construirlas o porque no se encuentran los materiales requeridos.

-Herramientas De Trabajo Del Pueblo Sikuani

A continuación se muestran algunas de las herramientas de trabajo del Pueblo sikuani, las cuales se utilizan en actividades de caza, pesca, preparación de alimentos y recolección de frutos o semillas.







Imágenes propias

Arco y puya Joxobo Budare







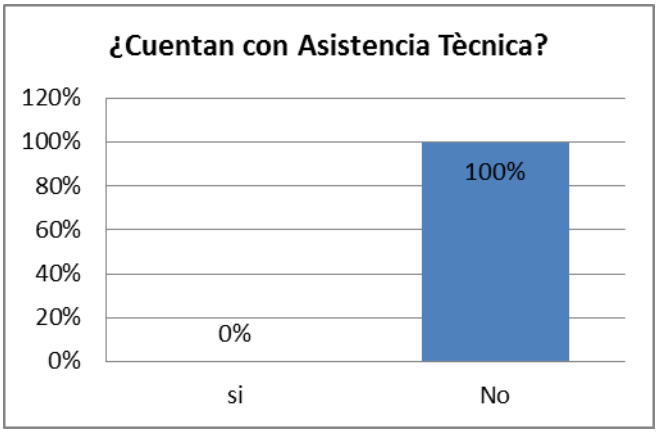
Imàgenes Propias

Abalacua (rayadora) Cerbatana Guapa (Se utiliza para Recoger la harina de la yuca)

Una de las fuentes primordiales de alimentación y obtención de recursos es la pesca, pero como se pudo evidenciar en el trabajo de campo, carecen de todo tipo de instrumentos tan elementales como una canoa; cabe resaltar que aún conservan elementos propios de su cultura como la utilización del barbasqueo, el arco y la flecha.

Un recurso importante, son las especies menores como las gallinas que componen un medio de adquisición de carne y de acceso a bienes y servicios, estas a su vez se alimentan de cultivos del conuco como el maíz y los desperdicios que quedan de la yuca brava durante la etapa de rayado[29], generalmente se venden a compradores que ingresan al resguardo o en mercados cercanos al mismo.

[29] Es una de las etapas que anteceden a la preparación de alimentos tradicionales como el mañoco o el casabe



Se debe recalcar que aunque el pueblo Sikuani es de tradición cultivadora y tiene muchas sapiencias alrededor de cultivos como la yuca amarga, yuca dulce, plátano y maíz, en otros, carece de muchos conocimientos frente a otros cultivos. Lo mismo se debe decir con referencia al manejo de especies menores o bovinos.

Gráfico 8. Asistencia Técnica en los resguardos

C) El Conuco, cultivos y especies menores

El pueblo Sikuani, es de tradición cultivadora, dentro de las siembras tradicionales se encuentran la yuca amarga, con diferentes variedades, batata, piña, entre otros, que se instauran en pequeñas porciones de tierra que oscilan entre media y dos hectáreas, denominados conucos, los cuales se establecen alrededor de las viviendas; en torno al conuco se pueden encontrar diversas prácticas relacionadas con su cosmovisión y forma de ver el mundo.

Como se puede observar el cultivo que más hace presencia en los conucos, es la yuca amarga, puesto que es la materia prima para realizar alimentos tradicionales como el mañoco y el casabe, es así como el 81% de los resguardos tienen este tipo de cultivos. Se debe resaltar que los pueblos indígenas de la Orinoquía manejan muchas clases de semillas de yuca amarga, pero se ha evidenciado su pérdida, debido a factores como la estacionalidad.

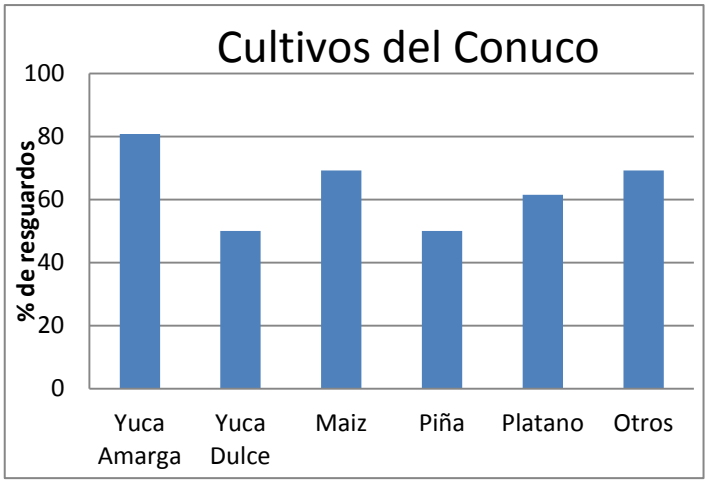


Gráfico 9. Cultivo más representativo en los conucos

A pesar de lo anterior aún se conservan algunas de las semillas propias, las cuales se han preservado a través del tiempo y se muestra apatía a la utilización de semillas certificadas o modificadas genéticamente.

En la actualidad, el establecimiento de cultivos presenta inconvenientes relacionados con la poca variedad

de semillas, limitando la alimentación al consumo de carnes y alimento tradicional, generando serias deficiencias nutricionales, en especial en niños y ancianos.

Tabla 15. Porcentaje de resguardos por número de hectáreas destinadas por tipo de cultivos

% de resguardos según el tipo de cultivos y área sembrada					
NºHa/Cultivo	Yuca Amarga	Yuca dulce	Maíz	Piña	plátano
Entre 1 y 10	26,9%	30,7%	30,7%	27%	30,8%
Entre 11 y 40	23%	7,6%	11,5%	11,5%	11,5%
Entre 41 y 80		3,8%	3,8%	7,7%	7,7%
Entre 81 y 120	7,7%	3,8%	3,8%		3,8%
Entre 121 y 180	3,8%	3,8%			
Entre 181 y 250	6,2%	3,8%	11,5%		3,8%
Mas de 250	11,5%	7,7%	7,7%	3,8%	3,8%
No tienen	19,2%	38,4%	30,7%	50%	38,5%

Como se puede observar el cultivo que más hace presencia en los resguardos es la yuca amarga, solo el 19% de los resguardos encuestados manifestaron no tenerla en sus conucos, mientras que el plátano o la piña no están presentes en el 38,5% y 50% de las encuestas.

Una de las limitantes para el establecimiento de los conucos es que la mayor parte de los resguardos, presentan tierras inundables, a pesar de que cuentan con grandes extensiones de terreno la tierra apta para el cultivo es restringida.

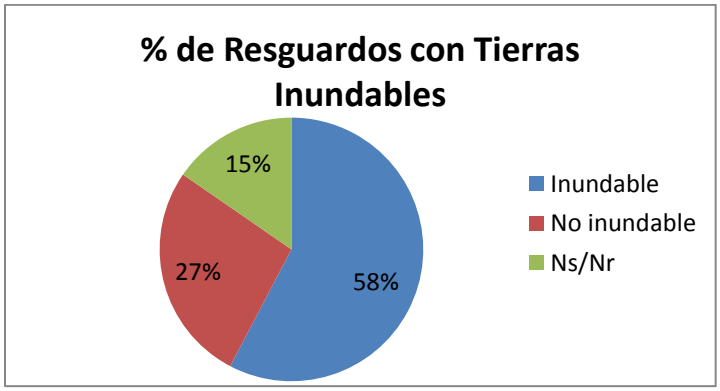


Gráfico 10. % de Resguardos con Tierras Inundables

Formas de Manejo del conuco

Las prácticas que se presentan alrededor del conuco, relacionadas con el abono y control de plagas o enfermedades, están directamente relacionadas con la cultura del pueblo y su relacionamiento con la naturaleza, es por ello que aquí no hay lugar a químicos. Las formas de abono y plaguicidas pueden ir desde un rezo hasta la quema de huesos de animales en el área de siembra, de aquí el papel fundamental que juegan los médicos tradicionales en los sistemas productivos propios.

El método más utilizado para la siembra es el de roza y quema, para esto, durante los primeros meses del año, enero y febrero, se prepara el terreno establecido para el conuco, realizando labores como tumba de monte, el cual se deja por un periodo en el que el sol lo seca para la posterior quema del mismo, los meses de marzo y agosto se denominan épocas de siembra; durante estos periodos se realizan diferentes actividades, que según las creencias, ayudarán a la fertilidad de las plantaciones. Lo anterior se combina con el descanso de suelos durante tres o cinco años.

Se debe aclarar que la forma de organización de los cultivos en los resguardos, es por familias, de este modo, cada unidad familiar tiene un conuco con un área en promedio de hectárea y media.

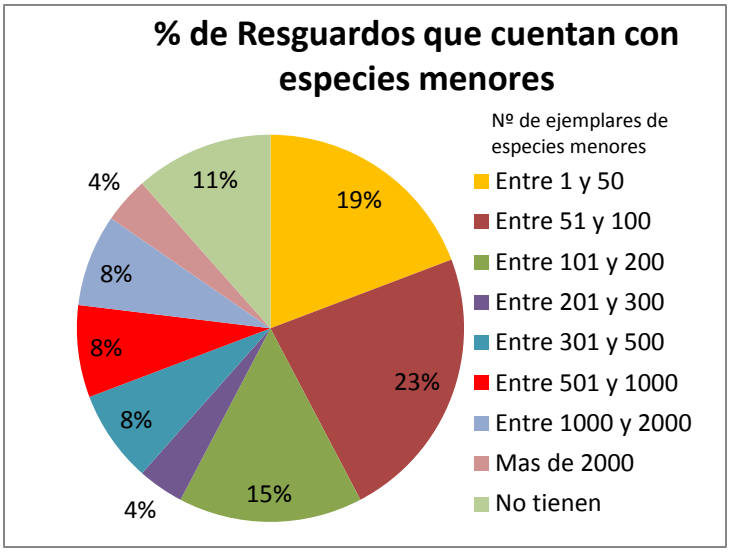


Gráfico 11. % de resguardos por número de especies menores

Un ejemplo de lo anterior es el resguardo El Pajuil, donde tienen una población aproximada de 3000 habitantes y 500 familias, cada una de ellas dispone de una hectárea para el conuco, con un monocultivo de yuca amarga, de donde derivan su sustento a partir de la preparación de mañoco y casabe para el consumo y venta

Especies Menores: Aunque esta actividad no es muy representativa ni tradicional, se presenta en pequeña escala entre las familias de los resguardos, estas especies en su mayoría son gallinas, cerdos o patos que se alimentan con desperdicios, cultivos del conuco, semillas, lombrices o frutos que encuentran en su hábitat, puesto que no se manejan sistemas de encerramiento o estabulación.

El 19% de los resguardos presentan algún tipo de especies menores, con una cantidad que oscila entre uno y cincuenta animales. Tener especies menores contribuye con la satisfacción de necesidades alimenticias y es una fuente de liquidez monetaria.

Artesanías

Las artesanías desde hace algunos años se ha convertido en una fuente de ingreso importante, en especial para las mujeres que son las encargadas de transmitir este tipo de saberes. En la fabricación de artesanías se plasman muchos de los aspectos culturales del pueblo Sikuani, cabe resaltar que muchos de los objetos fabricados, tradicionalmente hacían parte de las labores diarias, muchas de sus características se han modificado para darle una aceptación más de tipo comercial. Las mujeres se enfrentan a diario con grandes distancias, carreteras en mal estado, con una subvaloración de su trabajo y con intermediarios que compran sus artesanías a precios irrisorios para venderlos en locales comerciales a precios elevados.

D) Medios de comercialización e intercambio

La forma tradicional de intercambio del Pueblo sikuani entre comunidades se daba a través de una actividad llamada *culimá* en donde se bailaba y se preparaba una bebida que se denominaba de la misma forma, a base de ceje, moriche o maíz. La tradición era pagar a su pareja de baile por la compañía con carnes de cacería y pescado que los hombres después del baile salían a buscar, a su vez las mujeres pagaban a quienes habían sido sus parejas de baile con mañoco o casabe, de no hacerlo podían contraer cáncer o tekerto

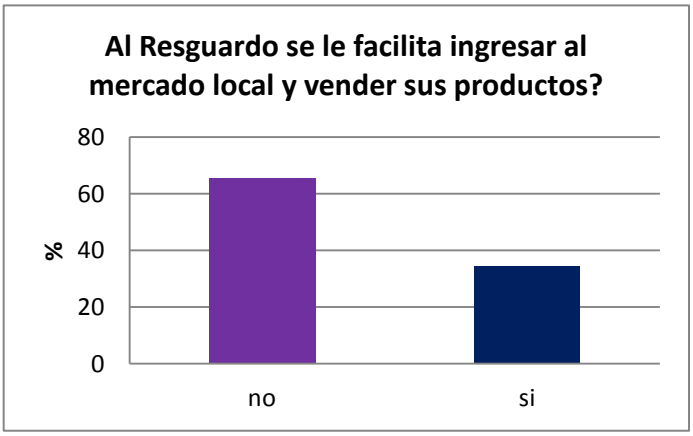


Gráfico 12. Acceso de los resguardos a mercados locales

La economía del pueblo Sikuani, aunque es de subsistencia, deja pequeños excedentes, que se utilizan para la compra de bienes y servicios básicos relacionados con alimentación, salud y educación, los dos últimos en gastos de transporte. Cabe aclarar que esos excedentes no generan niveles de ahorro entre las familias.

La forma de intercambiar productos se remiten a dos o tres, primero mediante la venta de sus productos en la plaza o mercado más cercano y segundo, el arribo de compradores a los resguardos en busca de cultivos, alimentos y animales que encuentran a bajos precios.

El primer escenario de comercialización está manchado por aspectos como la distancia que puede ser hasta de un día o más, daños de los productos por la exposición al sol y al agua, la falta de un medio de transporte, costos en combustible (esto puede limitar la salida al mercado, porque exceden la ganancia obtenida con la venta del producto), y no tener un lugar físico de comercialización en el mercado. Las plazas de comercialización suelen ser muy pequeñas las cuales se inundan fácilmente con productos primarios, lo que hace que en un juego de oferta y demanda bajen los precios.

Se presenta una forma de discriminación en los mercados relacionada con la procedencia étnica, los compradores ofrecen pagar menos por un bien, por el simple hecho de que quien lo vende es un indígena. A lo anterior se suma otro factor y es que debido al afán de vender la producción en un mismo día para no incurrir en gastos adicionales, la opción es caer en esos vicios del mercado.

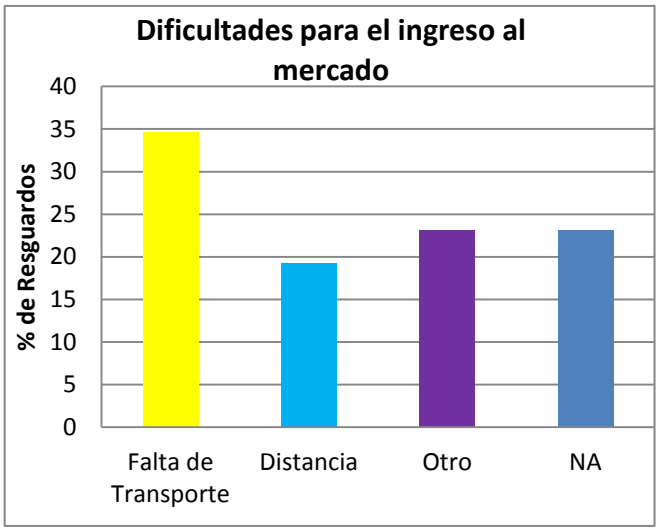


Gráfico 13. Tipo de dificultades para ingresar al mercado local

E) Ingresos

En este apartado no se pretende medir la cantidad de recursos monetarios que ingresan al bolsillo de los sikuani, puesto que apenas manejan una economía de subsistencia con algunos sistemas de trueque; pero sí evidenciar de qué actividad proviene el dinero que utilizan para comprar y acceder a bienes o servicios de primera necesidad.

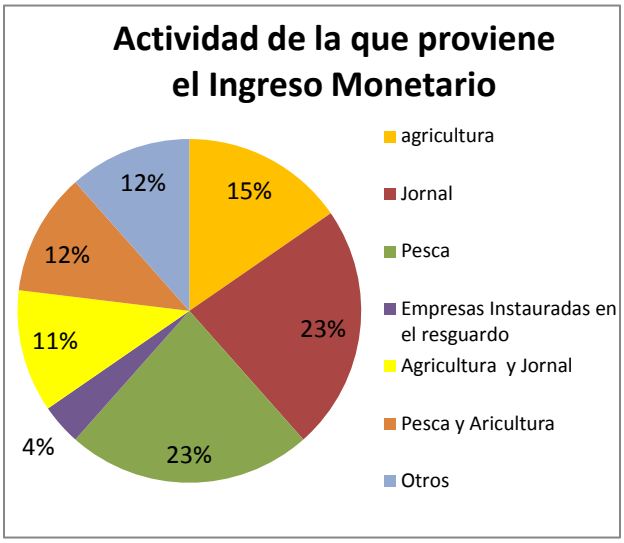


Gráfico 14. Principal actividad que genera ingresos en los resguardos

En el 23% de los resguardos, la actividad que más genera Ingresos en dinero para sus habitantes es la pesca, otro 23% manifestó que accedían al dinero, por medio de la venta de su fuerza de trabajo o mediante el jornal.

Se ha evidenciado que una vez los integrantes de un resguardo, se ven obligados a vender su fuerza de trabajo en una finca o empresa, se presentan casos de discriminación laboral ligados a la procedencia étnica; en el 54% de los resguardos se presentan o se han presentado casos de este tipo.

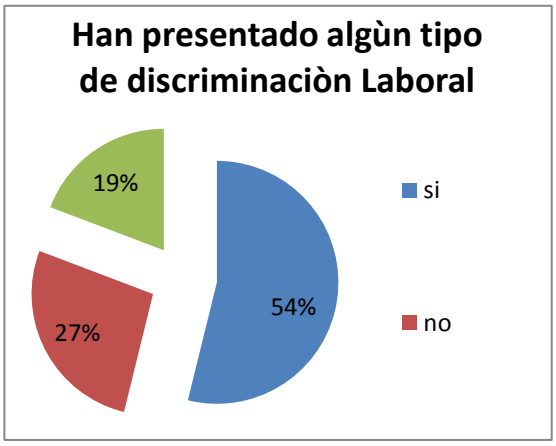


Gráfico 15. Discriminación laboral a indígenas

Lo anterior se refleja en que son sometidos a condiciones laborales inferiores a la de los demás trabajadores y sus pagos no son los establecidos por la ley, por lo que en este caso, no prevalece la dificultad de emplearse, porque se tiene la concepción de que el indígena es mano de obra barata, sino las condiciones en que surge dicho empleo.

F)Relacionamiento de los resguardos con los Entes territoriales

No existe una cohesión entre los planes de desarrollo y los planes de vida, en el entendido que el primero pueda ayudar a desarrollar algunas de las líneas establecidas en el segundo en mención, los recursos del Sistema General de

Participaciones - Asignación Especial para Resguardos indígenas no producen un impacto contundente en estas poblaciones

CAPITULO 4. JIWISIKUANITSI WAJA NAKUA LIWAISI NAMUTO
EL CAMINO PARA NUESTRAS FUTURAS GENERACIONES

HORIZONTE GENERACIONAL DE LA NACION SIKUANI

"Queremos seguir perviviendo milenariamente como pueblo, nación y sociedad colectiva e intercultural, cohesionándonos con los principios y valores del Ser sikuani emanadas de nuestras leyes de origen o derecho mayor, con nuestro sentido espiritual, fortaleciendo nuestra lengua y educación propia, valorando nuestros conocimientos ancestrales, historias y tradiciones con pertinencia territorial-ambiental; fortaleciendo nuestra autonomía y gobernabilidad, consolidando una estrategia de supervivencia con dignidad en el vivir bien manteniendo una economía y producción auto-sostenible de soberanía alimentaria, unas relaciones interculturales armónicas con otras culturas de origen occidental, oriental, otros pueblos indígenas de Colombia y el mundo global, respeto, tolerancia, inclusión social con enfoque diferencial, sin discriminación por parte de las instituciones del Estado, los gobiernos de turno, las ONG, otros sectores de la sociedad civil, las empresas multinacionales que están en nuestro territorio ancestral de la región Orinoquía y la Altillanura "

4.1. DIMENSIONES ESTRATÉGICAS DEL PLAN SALVAGUARDA SIKUANI

Pervivencia (ser) Se relaciona con el sentido espiritual del *ser sikuani*, en este Plan de Salvaguarda se plantean los componentes de Salud y Bienestar Social, Autonomía e Identidad Cultural, Educación Propia e Intercultural, libertad de pensamiento, criterios autónomos de decisión y cultura; y los Derechos indígenas y Humanos.

Supervivencia (tener) Se relaciona con el *tener en la colectividad* como pueblo en condiciones dignas, para el "Vivir bien". En este sentido la supervivencia incluye aspectos fundamentales de la cultura material, como el territorio, ambiente y naturaleza, economía y seguridad alimentaria; sin estos elementos no es posible la existencia, pues el suelo, el agua, el alimento, son indispensables para la vida.

VISIÓN

Las generaciones del pueblo sikuani implementarán el Plan de Salvaguarda "Jiwisikuanitsi wajanakua liwaisinamuto" en todos los territorios de resguardos, asentamientos donde se encuentren, estando fortalecidos y consolidados como pueblo en los escenarios del gobierno propio, en la formación y fortalecimiento social, territorial, político, socioeconómico y sociocultural de los niños/as sikuani y articulados con otros pueblos indígenas de la región Orinoquía, del país y el mundo. Para ser sujetos políticos con autonomía en las decisiones y protagonistas autogestionarios en el desarrollo equilibrado de los proyectos, planes de vida y del

Plan de Salvaguarda, con un elevado sentido de la autoestima, orgullosos y fortalecidos en la Identidad sikuani. Con pertinencia territorial, respetuosos y tolerantes entre las diferentes comunidades del gran pueblo sikuani con los demás pueblos que se comparte el mismo territorio. Ser trabajadores con un desarrollo auto sostenible, con capacidad para resolver los conflictos internos y de gestión administrativa, en articulación con las relaciones interculturales y multiculturales.

MISIÓN

Las generaciones sikuani potenciarán el Plan de Salvaguarda "Jiwisikuanitsi wajanakua liwaisinamuto", trabajando unidos con visión colectiva e intercultural, para implementar las acciones que permitan la pervivencia y supervivencia siendo fortalecidos en la espiritualidad, valores y principios del ser indígena sikuani, manteniendo unas relaciones equilibradas con los demás pueblos indígenas y sectores sociales de la región y la Nación. Comprometidos en desarrollar los proyectos y programas de Plan de Salvaguarda de acuerdo a los ejes establecidos, teniendo una seguridad territorial, mejorando nuestra calidad de vida en lo productivo y económico, estableciendo la unidad del pueblo con el principio de UNUMA, el fortalecimiento social, cultural, político, el modelo educativo sikuani en el marco del SEIP, y desarrollando los proyectos pedagógicos pertinentes.

4.2. **OBJETIVOS**

4.2.1 General

Garantizar la pervivencia física y cultural del pueblo indígena sikuani mediante acciones efectivas elaboradas con la participación de las comunidades y organizaciones, con el propósito de que el Estado corrija y enmiende las injusticias históricas de persecución y exterminio, y así lograr el goce efectivo de los derechos colectivos dentro de los territorios propios.

4.2.2 Específicos

- Mejorar la interlocución con las distintas entidades del Estado a fin de establecer responsabilidades y recursos para la ejecución de diferentes programas y proyectos encaminados a mejorar la calidad de vida de las comunidades del pueblo sikuani.

- Elaborar un auto-diagnóstico o auto-reconocimiento como proceso de reflexión interna para el fortalecimiento de nuestra propia cultura.

- Garantizar el goce efectivo y pleno del derecho colectivo al territorio, consolidando el ejercicio del gobierno propio, respetando las autoridades tradicionales, reconociendo el territorio ancestral y protegiendo así el acceso, la conservación, uso y disfrute de los bienes materiales e inmateriales del territorio.

- Reconocer el ejercicio pleno de las autoridades tradicionales indígenas, respetando su jurisdicción, competencia, derecho mayor y la garantía de coordinación con el sistema judicial ordinario. Además facilitar la permanente capacitación y formación para conservar la cultura y poder interactuar con el sistema judicial nacional.

- Identificar los diferentes problemas en salud que aquejan a nuestro pueblo indígena sikuani de la Orinoquía colombiana y proponer el enfoque diferencial para la atención y reparación de los mismos.

- Consolidar la construcción y puesta en marcha del Plan Educativo Integral, territorial y cultural del pueblo sikuani en coordinación y apoyo con el Ministerio de Educación Nacional, entidades territoriales, autoridades tradicionales y comunidad educativa en general, teniendo en cuenta los lineamientos del Sistema de Educación Indígena Propio (SEIP) y los derechos que les asisten, para mantener la identidad propia en el desarrollo autónomo y colectivo del pueblo sikuani en condiciones de equilibrio en medio de la interculturalidad para la pervivencia.

- Identificar los diferentes problemas que aquejan a las mujeres, la niñez, la juventud y los ancianos, y proponer el enfoque diferencial para la atención y reparación de los mismos.

- Realizar una caracterización de la realidad económica del Pueblo, para identificar las fortalezas y debilidades de la soberanía y complementarla con la occidental.

- Diseñar e implementar medidas eficaces a través de procedimientos equitativos y diferenciales, rápidos y justos para hacerle frente a los casos de violación de derechos humanos al interior de los territorios del Pueblo indígena sikuani, para garantizar el debido proceso y una atención, reparación integral de toda violación a los derechos individuales y colectivos, considerando las costumbres, tradiciones, normas y sistemas jurídicos.

4.3 PRINCIPIOS DEL PLAN SALVAGUARDA

Ley de Origen: Es el sistema de leyes originarias y ancestrales que condiciona el comportamiento del Pueblo y en ella se fundamenta la identidad propia e incluye principios de vida, códigos de valores, clanes, idioma, territorio, rituales, elementos sagrados, mitos, arte y simbología. Este acervo se organiza en un sistema cultural claramente definido y orienta el destino de la dinámica comunitaria a lo largo del tiempo y es transmitido de generación en generación, mediante la tradición oral (lengua sikuani).

Espiritualidad: Es la energía que le da vida y fuerza a la cultura, a través de ella se logra la comunicación e interrelación entre el sikuani con sus antepasados y demás seres, elementos y espíritus del universo. Desde allí se cimienta la armonía y el equilibrio que orienta el comportamiento para que haya reciprocidad y respeto entre los humanos y la naturaleza.

Territorialidad: Es el espacio sagrado, donde se desarrolla la integralidad de la vida, la tierra es *waena* (madre). En ella viven espíritus, seres y fuerzas (energías) que permiten un orden, una estructura y hacen posible la vida. Allí están los montes, animales, piedras, páramos, caños, lagunas, ríos, pantanos, cerros y montañas, y aire; concebidos desde la Ley de Origen como sagrados, por eso son admirados, respetados y defendidos por nuestro pueblo, de ellos depende la vida. La madre tierra es el espacio donde está presente la ley de origen, que indica el orden que debemos cumplir para mantener la vida física y cultural.

Unidad (UNUMA): La concebimos como la capacidad del proceso organizativo y comunicacional de nuestro pueblo, es el tejido de nuestras fuerzas, pensamientos y sentimientos, es el sentir y accionar colectivo (unuma) fundados en los valores de la armonía, respeto, solidaridad y tolerancia.

4.3. FUNDAMENTOS DEL PLAN SALVAGURADA

Autonomía: Entendida como el derecho y la capacidad organizativa del Pueblo para orientar, desarrollar y valorar los procesos de forma libre e integra de acuerdo a la realidad socio-cultural, política y natural.

Historia: Es todo el proceso que nos lleva colectivamente a conocer los pasados, conocer la sabiduría de los ancestros, el origen de vida, y es ella la que da la fuerza para recrear y consolidar el presente, orientar y proyectar el futuro con firmeza, solidez e identidad cultural y territorial; es lo que fuimos, lo que somos y lo que queremos ser.

Cultura: Son todas las practicas ancestrales, el sistema simbólico y la cosmología milenaria que constituye e identifica un sistema de vida autónomo recreado en el pensamiento originario.

Comunitaridad: Proceso mediante el cual todos los miembros de la comunidad participan ejerciendo sus derechos y deberes para aportar a la orientación, gestión, dirección, ejecución, valoración y seguimiento de los diferentes programas y acciones que aseguren la pervivencia y supervivencia.

Interculturalidad: Entendida como la capacidad propia de analizar y vivir la cultura propia y articular con otras culturas que interactúan y se enriquecen de manera dinámica y recíproca en condiciones y respeto mutuo.

4.4. EJES PROSPECTIVOS DEL PLAN

PERVIVENCIA

4.4.1. Autonomía y Gobierno Propio

Al igual que las problemáticas ya señaladas, las propuestas también están agrupadas en Autonomía y gobierno propio y en jurisdicción espacial.

Es necesario reestructurar la figura del gobierno del Cabildo, referente al período del gobierno que sea más largo puede ser de cuatro años, que además las autoridades del gobierno de este sistema, sean elegidas de acuerdo a un perfil de que no sean muy jóvenes, tengan experiencia, conocimientos propios y ajenos con trayectoria de trabajo en la vida organizativa de las comunidades indígenas de su resguardo, se tenga además un mecanismo de evaluación de la gestión del Cabildo al interior de las comunidades.

Buscar mecanismos para la organización y fortalecimiento del gobierno propio, para tener autonomía en las diferentes decisiones que conciernen a los pueblos indígenas, por ejemplo en cuanto a la intervención de petroleras, multinacionales, grupos religiosos, entidades gubernamentales y no gubernamentales; para brindarles a nuestros hijos: educación propia, salud diferencial, conservación y protección del medio ambiente, un territorio donde podamos formarnos como indígenas de acuerdo a nuestros usos y costumbres.

Se hace necesario tener un proceso de interlocución intercultural a través de procedimientos y etapas para la protocolización de un convenio y de los procesos de Consulta Previa, con la debida participación de las comunidades, garantizando los presupuestos específicos, de igual manera se logre articular los niveles de

gobierno tanto institucional propia como externa, para que no siga generando más divisiones externas.

Es importante y necesario fortalecer la institucionalidad del gobierno propio en todos los resguardos del Pueblo sikuani, apoyando la creación de una sede administrativa propia en cada resguardo de los departamentos Meta, vichada, Arauca y Guainia, donde la infraestructura obedezca a un diseño particular, y se creen los espacios de la oficina del Gobierno propio y de reuniones. La dotación de equipos de oficina, materiales de oficina. Medios de transporte interno y comunicaciones (internet, radio comunitaria, telefonía celular institucional en red entre los capitanes)

Es una necesidad sentida por todas las comunidades del Pueblo sikuani, la cualificación del talento humano Sikuani, por lo cual es urgente la creación de programas de formación y capacitación permanente para las autoridades, líderes y comunidades; con conocimientos propios y externos, como la legislación indígena y administración pública para conocer el funcionamiento y administración del Estado, entre otros, para que así puedan responder a los retos del futuro con una verdadera autonomía.

De igual manera se requiere formar y capacitar a líderes y autoridades indígenas para la organización, administración, gestión y evaluación de los recursos propios, departamentales, nacionales e internacionales que llegan a la zona a través de instituciones; para que tengan capacidad de manejar los recursos, además les permita la creación y manejo de organizaciones (ETIS, ONGs, Fundaciones, entre otras) y así poder diseñar estrategias que fortalezcan el desarrollo humano sostenible.

Se apoye y fortalezca los espacios propios del gobierno ancestral, lo cual permite fortalecer la autonomía, valorando las propias prácticas, el respeto de las figuras de autoridad tradicional, con capacidad de responder a las relaciones de intercambios en una sociedad intercultural, desde adentro hacia afuera.

En los resguardos o en cada Departamento, se requiere establecer un mecanismo de información y comunicación intercultural, para responder a las nuevas dinámicas del gobierno propio, para responder a las dificultades internas de entendimiento y comprensión. Así por ejemplo, que haya un equipo indígena de comunicaciones, con apoyo tecnológico que permita registrar hechos y situaciones, reproducir información pertinente, entre otras acciones. Otra forma es tener una emisora comunitaria que se dé en lengua Sikuani y castellano.

Que en los gobiernos propios, se reconozca el ejercicio de la autonomía sobre los recursos naturales existentes dentro del territorio, dando la potestad de seguir

cuidando el medio ambiente de acuerdo a los conocimientos propios para el buen uso y el cuidado que la Madre tierra necesita.

Que en todas las instituciones del gobierno vayan implementando los programas oficiales con enfoque diferencial, apoyando y fortaleciendo lo propio, que se cumpla con las normas especiales de la participación indígena.

En el gobierno propio del Cabildo en los resguardos, se debe empezar a implementar el Plan de Salvaguarda, estableciendo unos mecanismos de administración y planeación propia, para ello se debe contar con un proyecto de fortalecimiento institucional y otros mecanismos que garanticen y permitan organizar y establecer un plan de acción en cada resguardo o asociación y el desarrollo del mismo.

Para responder a la problemática de nuestras relaciones con la ONIC dentro de nuestro sistema de gobierno propio, debemos crear una instancia de coordinación y de representatividad real que busque nuestra visibilidad y tener autonomía regional, para lograr el sueño de pervivencia planteado en este Plan de Salvaguarda, que haya una coherencia de gobierno propio articulado desde lo local hasta lo nacional e inclusive lo internacional.

Jurisdicción Especial Sikuani

Formalizar mediante documento las formas propias de hacer justicia (Legislación indígena propia), en donde se reconozcan las autoridades tradicionales, clasificación de delitos y penas y formas de castigo; para evitar la justicia de forma individual y la contradicción con la justicia ordinaria.

Se requiere establecer reglas, normas y leyes que deben ser construidas colectivamente y respetadas por cada uno de los miembros de la comunidad, desde esta perspectiva se requiere trabajar un proyecto de justicia propia del Pueblo Sikuani, que se restablezca la armonía comunitaria, el diálogo, la unidad de valor, la tolerancia y el respeto, muchas de las sanciones del gobierno propio se aplican con el fin de mitigar la corrupción del mismo.

Es una necesidad la recuperación de la administración de justicia propia de acuerdo a los principios culturales, teniendo en cuenta las leyes nacionales e internacionales con el fin de mitigar los problemas que se presentan dentro y fuera de la comunidad. Es necesario el fortalecimiento de la justicia propia creando herramientas a partir de lo propio y las figuras de justicia del pueblo.

Que se establezca un mecanismo de capacitación y acompañamiento a las comunidades de los diferentes resguardos en la elaboración de los reglamentos internos y las rutas jurídicas.

Es importante tener un mecanismo de Concertación para la administración de justicia dentro de la jurisdicción territorial, legitimada por las acciones de la misma comunidad, que el gobierno garantice los recursos para la administración de justicia propia en los resguardos.

Buscar acuerdos interinstitucionales con las leyes ordinarias, con la jurisdicción y concertar a través de procesos comunitarios teniendo en cuenta objetivos claros y definidos creando así un ambiente de confianza entre las partes.

Reconstruir la historia jurídica y buscar mecanismos de valoración y aplicación del control social y cultural del Pueblo Sikuani, como son nuestros valores y principios, para rescatar nuestra verdadera autonomía.

Se requiere que en cada resguardo o asociación, se establezca un reglamento interno y rutas jurídicas para el funcionamiento del gobierno propio, que estos instrumentos sean construidos conjuntamente entre todas las comunidades con una orientación jurídica con visión intercultural, donde se articule el derecho propio y el ordinario, que responda a las realidades actuales del contexto cultural, social, político, territorial por el cual estamos afrontando.

Instaurar un centro de vigilancia y seguridad con el objeto de instruir a la guardia indígena Sikuani, para la buena convivencia dentro y fuera de los territorios; capacitación en legislación: derechos humanos, derecho a la familia, violencia intrafamiliar, técnicas de defensa, estrategias para evitar el reclutamiento de menores, control del ingreso de grupos al margen de la ley y miembros de la fuerza pública.

4.4.2. Salud y Bienestar Social

Ante las situaciones y problemas señalados en el auto-reconocimiento, los hallazgos entorno a la situación de salud y perfil epidemiológico del Pueblo indígena Sikuani asentado en los departamentos de Arauca, Guainía, Meta y Vichada, es necesario trabajar unas propuestas desde una visión integral para la búsqueda de la realización plena y efectiva de los derechos a la diversidad cultural y a la autonomía como base para el desarrollo de las prácticas socioculturales y de salud propias. Por cuanto el PSS plantea en materia de salud la redefinición de las políticas públicas, programas, instrumentos, sistemas de información en salud que den respuesta a las necesidades culturales, sociales y de salud bajo la concepción ancestral del pueblo indígena Sikuani.

La formulación de sistemas de seguimiento y vigilancia del comportamiento de morbimortalidad, accidentes, situaciones alimentarias e intromisión de productos e insumos externos a los territorios, son aspectos a tener en cuenta pero también en

coherencia con las formas y prácticas de salud del pueblo, conforme a su orientación y decisión. Para ello se recomienda, trabajar en la superación de las barreras culturales, sociales y políticas desde el espacio local al nacional.

FUNDAMENTOS

Articular esfuerzos entorno a la construcción, consolidación e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural “SISPI” con plena participación y capacidad de decisión del Pueblo indígena Sikuani de la región de la Orinoquía.

Desarrollar procesos comunitarios orientados por sabios en salud propia, hombres y mujeres para profundizar en la medicina tradicional del pueblo y consolidar los lazos culturales del Pueblo con relación a su identidad, involucrando grupos intergeneracionales en los diversos resguardos.

Diseñar indicadores adecuados culturalmente que den cuenta de aspectos específicos de salud, así como de aspectos sociodemográficos, económicos y culturales.

Fortalecer la integración de instrumentos de recolección de información y métodos de análisis e interpretación desde enfoques tanto cualitativos como cuantitativos.

A continuación las propuestas en salud para el Pueblo indígena Sikuani de la Orinoquía Colombiana de los departamentos de Arauca, Guainía, Meta y Vichada.

- **Valoración, protección, recuperación y aplicación de la medicina tradicional Sikuani**

Fortalecimiento de los espacios y el fomento de la práctica de la salud acorde al Pueblo para tratamiento de enfermedades por parte de los mayores sabios apoyados en las comunidades y las plantas medicinales de la región.

Garantizar el establecimiento de proyectos productivos para fortalecer la práctica de semillas propias para la alimentación de los sabios y familias del Pueblo indígena Sikuani.

Garantizar proyectos productivos para la producción y manejo de plantas medicinales para el tratamiento de enfermedades y acciones terapéuticas en las distintas comunidades.

Garantizar la creación y sostenibilidad de escuelas de enseñanza y aprendizaje de la medicina propia intergeneracional del Pueblo indígena Sikuani controlada por los sabios y autoridades.

Establecer proyectos específicos para la formación en salud propia e intercultural que articulen los roles de los auxiliares, promotores, médicos tradicionales y líderes indígenas para el acompañamiento y monitoreo de la salud en las comunidades.

Que el gobierno nacional garantice la formación en salud integral a la población indígena Sikuani mediante la participación efectiva de los sabedores para la formación de adolescentes y en su conjunto las familias conforme, lo que señala la cultura.

Reconocimiento de la medicina de sabios y médicos tradicionales del Pueblo indígena Sikuani.

- **Modelo de atención y acceso a los servicios de salud**

El presente eje por ser de soporte asistencial y prestación de servicios de salud como derecho fundamental del gobierno nacional, a través del SGSSS y las EPSs y EPSI deben garantizar la atención oportuna y eficaz al Pueblo Sikuani:

El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud debe garantizar la participación del Pueblo indígena sikuani, en el proceso de construcción, validación e implementación del "SISPI", el Capitulo Indígena de Salud Pública, la Reforma del SGSSS y otras disposiciones normativas que afecte la población sikuani.

Garantizar el proceso de consulta y concertación de los programas de asistencia en salud acordados entre las comunidades indígenas y las instituciones de salud del gobierno en busca de la articulación de la medicina propia y externa.

Que haya una oportuna y consistente presencia del cuerpo médico en los centros de salud y llevar a cabo visitas periódicas de parte de las IPSI (brigadas mensuales) a las comunidades indígenas sikuani.

Generar programas específicos y adecuados cultural y técnicamente para atender amenazas en salud asociadas a la desnutrición y enfermedades como: la Malaria, Tuberculosis, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda, Alergias en la piel, Dengue, Hipertensión e incluso VIH Sida, entre otras.

Que el gobierno nacional garantice los recursos necesarios para la construcción de centros de salud que cuenten con la dotación necesaria acorde a la demanda de las comunidades indígenas sikuani en la región, con el suficiente personal médico, medios de transporte y comunicación y estrategias de formación en manejo de los mismos. Garantizar los recursos económicos para la sostenibilidad del personal médico, administrativo y funcionamiento de los centros de salud y hospitales, además del personal indígena médico que acompañe a los pacientes en los centros de salud y hospitales.

Que se lleven a cabo las capacitaciones necesarias a promotores y agentes de salud que hagan la asistencia a las comunidades indígenas, que cuenten con la dotación requerida para realizar las visitas médicas periódicamente y capacitar en primeros auxilios.

Aunar esfuerzos sectoriales (Ministerios y secretarias de ambiente, vivienda, salud, INCODER, Ministerio de Defensa, Hacienda, etc.) para erradicar fumigaciones, violación y abuso sexual, vertimiento de aguas negras y contaminantes a las fuentes de agua, ríos y caños que irrigan y abastecen a las comunidades indígenas sikuani presentes en la región de la Orinoquía.

En materia de salud pública establecer los programas y planes necesarios que articulen los planteamientos indígenas y externos para la prevención y promoción de la salud. Acordar programas y proyectos de salud pública acorde a los principios ancestrales del Pueblo sikuani.

Las Instituciones prestadoras y promotoras de salud deben hacer presencia constante en la vigilancia y control de enfermedades causadas por la presencia de animales e insectos vectores de enfermedades.

Concertar y definir con las comunidades, líderes, cabildos y gobernadores indígenas sikuani en ejercicio de su autoridad para diseñar programas que regulen, controlen y vigilen el ingreso de productos alimenticios, medicamentos y dispositivos médicos, especialmente en salud sexual y reproductiva.

Que el gobierno nacional en sus tres niveles garantice la dotación de equipos y materiales para realizar las visitas y campañas médicas periódicamente a cada comunidad sikuani de la región.

Diseñar y acordar proyectos en programas de formación y profesionalización en área de la salud a los promotores, auxiliares de enfermería y jóvenes indígenas sikuani.

Cumplir el derecho de las comunidades y sus autoridades en ser parte del direccionamiento, diseño y trazo de políticas de salud de las EPS y EPSI para la

asistencia y desempeño de esas instituciones en los servicios médicos y prestación de servicios de salud.

Garantizar proyectos que permitan la articulación de medicina tradicional y externa para el tratamiento de enfermedades ocasionadas por mordeduras de culebras y animales venenosos, como también el tratamiento de enfermedades transmisibles, respiratorias, sanguíneas, entre otras.

Que el gobierno nacional garantice y viabilice planes y programas que faciliten la incorporación de los estudiantes en formación y profesionales indígenas sikuani para que lleven a cabo su desempeño en sus comunidades.

- **Saneamiento básico**

El gobierno nacional a través del programa de plan de agua debe garantizar los medios, recursos y materiales apropiados para que se dé el tratamiento apropiado al agua para consumo humano en cada resguardo indígena sikuani identificados en la región con enfoque diferencial.

Que se garanticen programas y planes de formación integral para el manejo y control de los proyectos orientados al tratamiento del agua potable en cada resguardo sikuani.

Acordar los programas y planes de formación integral para el manejo y control de los proyectos orientados al tratamiento del agua potable en cada resguardo sikuani.

Garantizar la adaptación y adecuación de baterías sanitarias, depósitos para la deposición de excretas y basuras de manera segura sin contaminar el ambiente y las fuentes de agua.

Diseñar y acordar planes y programas intersectoriales para satisfacer las necesidades básicas, como son; electricidad, alcantarillado, acueducto, informática y comunicaciones en las comunidades sikuani de la región.

- **Recreación, fomento de juegos y prácticas culturales**

Garantizar la creación y sostenibilidad de escuelas de enseñanza y aprendizaje de la medicina propia intergeneracional del pueblo indígena sikuani controlada por los sabios y autoridades.

Garantizar recursos para pago de honorarios a los sabedores que presten el servicio de enseñanza de juegos y practicas recreativas del Pueblo sikuani.

El gobierno nacional garantice a través del Ministerio de Cultura los encuentros binacionales de prácticas culturales, juegos autóctonos y desarrollo de habilidades en el Pueblo indígena sikuani.

PROPUESTAS PARTICULARES

ARAUCA, GUAINÍA, META

Creación de una EPS del Pueblo indígena sikuani.

Afiliación de toda la población indígena sikuani presente en los resguardos del departamento a una sola EPS propia.

Construir un sistema de información adecuado para la prestación de servicios de salud a las comunidades indígenas sikuani con enfoque diferencial.

VICHADA

Crear y fortalecer espacios de comunicación y enseñanza entre médicos tradicionales y jóvenes interesados en recibir conocimientos ancestrales en materia de salud propia para que haya una herencia de generación en generación y mantener viva la medicina.

Exigir a las entidades promotoras de salud el portafolio de servicios en las asambleas para que las comunidades conozcan los planes y programas que presta y así poder concertar y adecuar cultural y técnicamente los mismos.

4.4.3. Educación e identidad cultural

Objetivos

- Garantizar el derecho fundamental a la educación propia en el marco de la diversidad de culturas, para lograr la pervivencia cultural del Pueblo indígena sikuani en Colombia.
- Mantener, fortalecer y afianzar la identidad cultural del Pueblo sikuani, potenciando los planes de vida y demás procesos organizativos.
- Garantizar el fortalecimiento, construcción y desarrollo de los proyectos educativos comunitarios del Pueblo indígena sikuani.

- Garantizar la conservación de la lengua indígena sikuani, promoviendo su recuperación, fortalecimiento, revitalización, uso y valoración.
- Aportar al enriquecimiento cultural y el mejoramiento de la calidad educativa a partir del diálogo de saberes, la interculturalidad equitativa, teniendo en cuenta la diversidad étnica.
- Generar procesos de participación colectiva para el desarrollo de diagnósticos educativos, procesos curriculares comunitarios, bilingües e interculturales, proyectos de investigación y desarrollo educativo.
- Integrar a los mayores de la comunidad a los procesos educativos
- Establecer espacios de diálogo y construcción de saberes entre jóvenes, niños, niñas y portadores de conocimientos, como: líderes, sabedores, docentes, diferentes miembros de las comunidades.
- Desarrollar programas y proyectos educativos para el mejoramiento social, humano y cultural de los pueblos desde la diversidad.
- Dinamizar los currículos con los procesos productivos contextuales.

Educación comunitaria y propia

Que el gobierno reconozca, se comprometa y financie la educación comunitaria y propia del Pueblo sikuani a través del nombramiento de expertos en lengua materna, arte y folclor autóctono como son las danzas, bailes, cantos e historia con el fin de fortalecer y mantener viva la identidad cultural en cada comunidad del Pueblo sikuani.

- Construcción y dotación de un centro de formación integral para jóvenes, adultos en cada resguardo para la preparación y formación en medicina tradicional, artesanías, folklore autóctono, liderazgo y gobernabilidad

Educación comunitaria, propia e intercultural

- Concertar y diseñar los lineamientos de la educación comunitaria, propia e intercultural del Pueblo sikuani.
- Construcción del proyecto educativo, comunitario e intercultural.
- Administración e implementación del proyecto educativo, comunitario e intercultural.
- Seguimiento y valoración del proyecto educativo, comunitario e intercultural.

Educación no formal

- Apoyo en procesos de formación en técnicas de conocimientos tradicionales en tejido, cestería, tallado de madera, manufactura y cerámica con el propósito de fortalecer los saberes del arte propio.
- Apoyo al proceso de formación en técnicas amigables con la naturaleza para el desarrollo de programas agrícolas y pecuarios.
- Apoyo al proceso de formación en liderazgo y gobierno propio dirigido a jóvenes y adultos en cada departamento y resguardo si se requiere por el alto número de interesado

Educación superior como un derecho

- Diseño y construcción de lineamientos generales de la educación superior de los pueblos indígenas de la Orinoquía.
- Construcción del proyecto educación superior como un derecho fundamental de los pueblos indígenas de la Orinoquia.
- Implementación de la educación superior para el pueblo indígena de la Orinoquia colombiana a través de la universidad propia e intercultural.
- Propender para que en cada Departamento se cree un fondo especial para los docentes sikuani, con el fin de brindarles incentivos económicos que les garantice el acceso a estudios superiores. Así mismo, se propone que se gestionen convenios con Universidades públicas o privadas y con el SENA, que permitan el ingreso a aquellos egresados que se sientan motivados a ser futuros profesionales y líderes.
- Garantizar una supervisión continua al cumplimiento de las actividades académicas por parte de los docentes, a la funcionalidad de las escuelas y colegios a través de reuniones con toda la comunidad educativa; padres de familia, alumnos, docentes para combatir las necesidades que se presentan.
- Elaborar material didáctico en lengua materna en las diferentes áreas, como herramientas que faciliten la comprensión de las temáticas, sea un apoyo a los profesores ante las necesidades lingüistas del pueblo y a la vez para consolidar el modelo educativo propio.
- Es importante y urgente velar por el mejoramiento de las infraestructuras y dotaciones de los Centros Educativos, Instituciones educativas e internados para garantizarle a los alumnos y profesores un ambiente seguro, lugares cómodos para una sana convivencia y estabilidad de los niños y niñas.
- El MEN y el gobierno nacional apoyen el proceso de consulta, diseño, apropiación del SEIP para el manejo autónomo de la educación propia.

- Construcción de un centro lingüístico y pedagógico para la elaboración del material didáctico “CEBAS” Centro de Educación Bilingüe Aborigen Sikuani en la ciudad de Villavicencio Meta.
- Que el gobierno de cumplimiento de las normas con enfoque diferencial para la calidad del servicio educativo para el Pueblo sikuani de la Orinoquia.

URGENTE:

1. EL MEN y las entidades territoriales se comprometan en el cumplimiento de los requisitos para la aplicabilidad del decreto Transitorio 2500 del 2010.

2. Mientras se construyen los proyectos educativos propios y se logra el manejo autónomo de la educación, las secretarías departamentales deben concertar con las comunidades y autoridades indígenas los procesos que se llevan a cabo actualmente en cada departamento.

3. Que se revise y se revoque a la luz de las leyes especiales la contratación de la educación en las comunidades del Guainía y la zona del Guaviare en el Vichada con el vicariato apostólico del Guainía.

4.4.4. Derechos humanos

De acuerdo al balance realizado en las asambleas comunitarias en la construcción del presente plan, como Pueblo sikuani se formulan las siguientes propuestas, las cuales se plantean como una necesidad fundamental, que deberá cumplirse obligatoriamente, para la prevención y la defensa de los derechos colectivos:

La desmilitarización de los territorios indígenas. Que no se establezcan campamentos militares u otros cuerpos armados dentro de los territorios indígenas. Los sikuani han mantenido la neutralidad frente a los grupos armados. Se deberá garantizar la movilidad (nacional e internacional) y evitar el confinamiento al interior de las comunidades y resguardos. De igual forma, realizar campañas de desminado a cargo del gobierno y que existan sanciones para los miembros del ejército que abandonen artefactos explosivos en los territorios indígenas. Así mismo, que no haya más prohibición para la entrada de comida, combustible, madera a nuestras comunidades cuando es de uso personal o comunitario.

Implementación de una política de respeto al Pueblo sikuani por parte de los miembros de las fuerzas militares y de policía, a partir de la formación de éstos en cuanto a los derechos y prácticas ancestrales de los indígenas. De igual manera se reconozca y se respete a la autoridad tradicional y que el Estado reconozca a los médicos tradicionales, rezanderos y promotores de salud y que todas las entidades del gobierno conozcan las leyes y normas de los indígenas sikuani. Además, que el gobierno contribuya en hacer respetar los territorios indígenas que se encuentran amparados por las leyes indígenas y solicitarle a todas las instituciones que deseen ingresar a estos territorios coordinar con sus autoridades de manera anticipada los motivos de ingreso a los Resguardos.

Que el Estado respete el derecho del territorio ocupado ancestralmente.

Adelantar las investigaciones penales y disciplinarias contra funcionarios públicos involucrados en los casos de señalamiento, persecución y estigmatización contra los dirigentes indígenas y sus comunidades. Así mismo realizar supervisión a los procesos judiciales que se adelantan contra dirigentes indígenas.

Permitir la interlocución de los líderes indígenas con los actores armados a fin de resolver casos o problemáticas relacionadas con el respeto al territorio.

Evitar el otorgamiento de concesiones mineras o petroleras en zonas aledañas a los resguardos, a fin de que éstos no se vean afectados por el escalonamiento del conflicto armado que conlleva la implementación de proyectos económicos de esa índole. Las consultas previas deben ser realmente una garantía para el Pueblo indígena sikuani donde se pueda exigir y respetar los derechos frente a las petroleras, multinacionales y proyectos de gran envergadura que puedan afectar los territorios y la cultura**.**

Crear la guardia indígena, en particular esta debe practicar la defensa a través de los secretos espirituales indígenas sikuani sin lastimar físicamente. El Estado debe reconocerla y respetarla.

Documentar los casos de despojo territorial y abandono de predios originados en el conflicto armado. En los casos de retorno garantizar la subsistencia digna de los indígenas a través de proyectos agrícolas y ganaderos. Igualmente, es necesario un apoyo efectivo y constante a las familias que se encuentran desplazadas. Que el Gobierno se comprometa en reparar las víctimas del conflicto armado, en devolver a sus dueños las tierras abandonas como consecuencia de la confrontación armada y que a las personas que entren en algún programa de protección se les garantice la seguridad para que pueda disfrutar de los beneficios brindados por el Gobierno.

Que se conforme a nivel departamental un mecanismo para hacer seguimiento y garantizar el cumplimiento y aplicación de los Derechos Humanos en las comunidades indígenas. El Estado está en obligación de capacitar efectivamente a las comunidades en el tema de Derechos Humanos, por lo cual se exige su cumplimiento, así como de todos los artículos y leyes constitucionales que tienen relación con los pueblos indígenas. Que se cree una especie de parlamento Indígena en donde sus líderes se capaciten en temas de derechos humanos, legislación indígena para que defiendan y reclamen los casos de violaciones que se cometen en contra del Pueblo sikuani.

Establecer mecanismos de prevención frente al reclutamiento de jóvenes por grupos armados.

Adelantar campañas periódicas de registro y cedulación a los distintos resguardos por parte de la Registraduría Nacional, al tiempo de una socialización sobre la importancia de disponer de los documentos de identidad.

Establecer un mecanismo de vigilancia para garantizar los derechos laborales de los trabajadores indígenas teniendo en cuenta sus condiciones sociales y culturales y las autoridades propias.

Así como el gobierno le exige a la guerrilla de las farc la entrega de soldados y policías vivos o muertos, también haga la exigencia por nuestros hermanos indígenas sikuani que se encuentran en las filas de este grupo y que nos entreguen los restos de los que han asesinado para darles una santa sepultura.
Protección a las familias amenazadas por los grupos armados. Ayuda económica, de vivienda y psicológica a las personas víctimas del conflicto armado.

Las comunidades del Pueblo sikuani del bajo Guaviare – Resguardo Selva Mataven Departamento del Vichada le hacen un llamado al gobierno nacional para que no haya más confinamiento en nuestro territorio por la fuerza pública, infantería de marina y el ejército.

4.4.5. Mujer familia y generación

Las propuestas planteadas en las comunidades indígenas sikuani que aquí se exponen fueron expresadas en los talleres comunitarios por departamento y alimentadas desde la misma visión indígena con participación de mujeres, hombres y jóvenes. Por tanto, cabe resaltar que la creación de programas y planes de acción dirigidos a los ancianos, mujeres, niños y jóvenes deben ser acordados con todos los miembros de las comunidades y autoridades propias.

En el tema de gobierno propio y autonomía se exige la recuperación y fortalecimiento de los valores, principios y normas culturales, éticos, morales, espirituales y educativos que orientan la convivencia en familia y en comunidad. Debemos ser fuertes con el cumplimiento de estas normas. El Plan de Vida debe ser obligatorio en cada uno de los resguardos.

Los líderes y autoridades indígenas deben ser ejemplo a seguir con el cumplimiento de las normas, empezando en su hogar, con su mujer y sus hijos.

Que en las reuniones oficiales que celebra cada Resguardo halla un espacio para hablar de las problemáticas internas (maltrato a los niños, a las niñas, y a los abuelos; maltrato físico y sicológicos a las mujeres, casos de incestos, de violaciones, problemas de alcoholismo, de drogadicción) bajo la dirección de la máxima autoridad para tomar las medidas de control y castigo y de la mano de las lideresas de los mismos resguardos y de otros.

Los hombres sikuani deben responder por sus hijos dentro y fuera del matrimonio. Después de la implementación del Plan, no deben haber niños fuera del matrimonio, ni niños abandonados, no debe haber niñas que no sepan quienes son los padres de sus hijos. Los casos deben ser juzgados por jurisdicción especial y Planes de Vida.

Diseñar mecanismos de la mano con los hombres líderes en las comunidades, que faciliten a las mujeres indígenas sikuani la participación en lo político y organizativo. Que se establezca una ruta estratégica de capacitación y formación en liderazgo de la mujer a la luz de los derechos humanos como herramientas de protección.

A nivel local incentivar la creación de proyectos de intercambio de conocimientos intergeneracionales culturales con las mujeres que permita fortalecer el papel de la mujer sikuani dentro de la estructura social indígena, y proyectos que estén orientados a fomentar espacios para el desempeño laboral digno de las mujeres sikuani.

Es necesario que se creen proyectos productivos acorde a las prácticas alimentarias del Pueblo indígena sikuani que den garantías para una alimentación duradera. Se proponen programas para el manejo de especies menores, huertas (conucos), siembras de piscicultura, y granjas integrales por familia.

En los centros urbanos se debe permitir a la población indígena ingresar y adecuar los programas alimentarios vigentes en el I.C.B.F. dirigidos a los niños indígenas identificados con desnutrición para que respondan a la realidad, mientras empiezan nuestros programas propios con enfoque diferencial.

- Integrar los planes, programas y subsidios dirigidos a la población indígena para que tengan una cobertura total y acorde a las condiciones sociales y culturales. Que la programación de las tablas nutricionales del programa de ICBF sean tenidos en cuenta; alimentos autóctonos como el *Amiawali* (producto mezcla de masa de yuca brava, batata dulce y plátano maduro).

- Crear un programa de "Bienestar social" propio implementado por las mujeres sikuani y nuestras autoridades, con apoyo del Estado en función de la atención a la población infantil, para que su trabajo sea más eficaz y puedan ser multiplicadoras de conocimiento a otras madres de las comunidades; además que estas madres por su desempeño tengan un reconocimiento económico. Proponemos que después de que este programa esté funcionando plenamente en las comunidades, el ICBF debe salir de nuestra jurisdicción.

Crear planes de contingencia que permitan la identificación y documentación de casos y situaciones en general de los niveles de violencia contra las mujeres, niños y ancianos, tanto en las zonas rurales como en el casco urbano. Hacer vigilancia y castigo a los actores sociales, militares y miembros de nuestras comunidades que abusan y violan sexualmente a las jóvenes mujeres indígenas.

Exigimos de la Registraduría un mecanismo diferencial (menos trámites, no costos del trámite) que facilite el proceso de documento de identificación a todos los sikuani que aún no lo tienen.

Fortalecer el **Sistema** de formación y capacitación por parte de las mujeres indígenas para la sensibilización de la población joven que permita poner en práctica actividades culturales de enseñanza y transmisión.

Que se creen programas para las mujeres que quieren tener la oportunidad de terminar sus estudios técnica, medio y superior.

Orientación en la creación, dirección e implementación de microempresas donde las mujeres puedan promover las artesanías y a su vez estas generen empleo a ellas mismas. Encuentros para el intercambio de conocimiento para la perfección de las artesanías. Las mujeres necesitan que haya una casa de la cultura, donde puedan exhibir sus artesanías, puedan preparar a los jóvenes en cantos y bailes, que sea un lugar apropiado para transmitir los conocimientos de la cultura indígena y se den a conocer en las comunidades y en los centros educativos para hombres y mujeres.

Una forma de apoyar estas iniciativas empresariales puede ser a través del SENA con capacitaciones organizativas y comerciales para que las artesanías logren un renglón importante en la economía de la región y las Comunidades Indígenas.

Que a través de nuestras autoridades se direccionen programas de comercialización de los productos agrícolas tradicionales y de las artesanías; que las mujeres a través de pequeñas asociaciones lideren estos procesos como una alternativa económica propia no masiva de los sikuani.

4.4.6. Territorio, ambiente y naturaleza

En el marco de la asamblea de socialización, ajuste y validación del documento plan de salvaguarda sikuani, las autoridades sikuani, en uso de nuestras facultades legales, de nuestra autonomía y ley de origen como pueblo milenario colectivamente hemos consagrado en el eje de territorio, ambiente y naturaleza las siguientes conclusiones con el fin de garantizar la pervivencia y supervivencia.

Exigir al Estado colombiano una reforma constitucional donde se garantice la soberanía e integridad territorial de los pueblos indígenas, que se afirme que el subsuelo de los territorios tradicionales indígenas son sagrados de acuerdo a esta cosmovisión y en ella no pueden intervenir empresas multinacionales o proyectos que atenten contra nuestros principios de supervivencia y pervivencia

Actualización de los estudios socioeconómicos, levantamiento topográfico y actualización catastral a los territorios para su saneamiento y ampliación. Igualmente elevar a categoría de especial protección a los sitios sagrados sikuani y reconocimiento como patrimonio inmaterial de este Pueblo.

Realizar un estudio para la recuperación de la toponimia propia ancestral de muchos de los territorios y que se ordenen los mecanismos necesarios para realizar los debidos cambios.

Implementación de medidas cautelares y de especial protección sobre los territorios del pueblo sikuani, así como de los pretendidos evitando su titulación a particulares.

Que se conozca la verdad y se aplique justicia a quienes fueron actores materiales e intelectuales de las masacres de nuestros hermanos, igualmente la compensación territorial a la que somos acreedores por el despojo vivido desde hace 40 años. Así mismo, la garantía de un equipo profesional para el proceso judicial que se adelante, como también la protección a los líderes que promuevan esta iniciativa.

Mitigación de los impactos ambientales, culturales, económicos y sociales de manera concertada con las comunidades, así como el seguimiento y evaluación a las consultas previas realizadas, las que están en proceso y la inspección permanente a las que vienen.

Pago de los pasivos ambientales, reforestación de especies nativas en flora y fauna.

Adecuación, mecanización e implementación de cultivos definidos por las comunidades indígenas. Así mismo la definición de controles internos y coordinación con las autoridades ambientales para las sanciones respectivas.

Controles rigurosos, manejo de reglamentos internos y coordinación con las autoridades ambientales y penales para las sanciones respectivas

Revisión de la política y formulación conjunta y concertada previamente con las comunidades indígenas.

Desarrollar un proceso de formación integral dirigido al Pueblo sikuani sobre los procesos de exploración y explotación de recursos renovables y no renovables por parte de un equipo transversal, idóneo y neutral.

Las autoridades tradicionales del Pueblo sikuani declaran sus territorios como **"territorios de paz"** por lo que exigen a organismos nacionales, internacionales, y actores de la guerra no incursionar, ni desarrollar acciones bélicas dentro de los mismos, ya que estas realidades atentan contra la integridad física, psicológica y cultural del pueblo ancestral.

Diálogos públicos con los grupos armados; con acompañamiento y veeduría nacional e internacional para exigir el respeto por la población indígena. Desminado del territorio y concertación de la presencia de la fuerza pública en los territorios, así mismo la expulsión de los grupos armados ilegales de los territorios.

Institucionalizar la guardia indígena sikuani, quienes serán los responsables de velar por la seguridad social y control territorial.

Implementación de proyectos que sean considerados de interés por las comunidades y que no impacten de manera significativa los territorios.

Formulación de política de fronteras, así como el trato diferencial para el transito bilateral de los indígenas de frontera, exención de impuestos, tributaciones y un marco comercial bilateral ejecutado por los indígenas

4.4.7. Economía, producción y soberanía alimentaria

Si bien, responder a la diversidad, a las especificidades y a las diferencias propias de cada población y de cada territorio, hace necesario tener unas propuestas que se ajusten a cada particularidad, también es claro que en respuesta a una mirada macroeconómica de lo que quieren los pueblos indígenas para su desarrollo, se deben concretar políticas comunes a cada uno de los resguardos presentes en los cuatro departamentos de la Orinoquía.

Se debe garantizar una mirada profunda a lo que representa y es en el momento el problema de la territorialidad para el Pueblo sikuani y las consecuencias que se generan en las condiciones de vida puesto que se está en un proceso acelerado de empobrecimiento gracias a la influencia de economías externas.

Garantizar autonomía territorial en el sentido de ser dueños de las decisiones que se tomen frente al quehacer con el territorio, la riqueza hídrica y la biodiversidad, garantizando las condiciones para que se dé una verdadera soberanía alimentaria.

Generación de alianzas con sectores como campesinos, ONGs, que permitan la conservación y recuperación del medio ambiente, así como lograr economías de escala que lleven a maximizar la producción y hagan más eficiente la comercialización de productos.

Propiciar el acceso a activos, medios de producción, créditos, tecnologías que permitan generar condiciones de equidad e igualdad para el Pueblo sikuani.

Garantizar la formulación e implementación de planes de ordenamiento territorial en los resguardos así como planes de manejo ambiental que permitan orientar y desarrollar los sistemas productivos tradicionales de acuerdo a la cultura sikuani

Garantizar la creación de *UMATAS* indígenas que brinden asesorías y asistencia técnica permanente en los resguardos.

Diseño de un sistema de comercialización de bienes que se producen en los resguardos con más difícil acceso.

Desarrollo de programas que propendan por estimular la generación de valor agregado y transformación de materias primas que se producen en los resguardos.

Propender porque los planes de desarrollo departamental contengan un capítulo especial para pueblos indígenas.

Garantizar procesos de formación para que las autoridades indígenas sean ejemplo para sus comunidades en el proceso de apropiación de la soberanía alimentaria.

Fortalecimiento de semillas ancestrales de acuerdo a la cosmovisión sikuani (*banakale Kuene*) y a las condiciones de la región, por medio de los programas que brinda el Estado en esta materia, aclarando que los pueblos no quieren semillas manipuladas genéticamente (transgénicos).

Los programas de Bienestar familiar deben reorientar sus políticas de intervención en los resguardos, dejando atrás los programas asistenciales para dar paso a otros que fortalezcan la soberanía alimentaria por medio de la implementación de cultivos y recuperación de alimentos tradicionales (*amiwali*).

Los conocimientos y saberes propios de los recursos naturales, ambientales y prácticas culturales son patrimonio del Pueblo sikuani, por lo tanto no pueden ser objeto de investigación y/o comercialización para fines comerciales. No se permite a agentes externos el estudio, investigación, comercialización y patente de nuestros conocimientos tradicionales y plantas sagradas.

Generar una campaña de sensibilización en las comunidades sobre la importancia de la soberanía alimentaria y económica, basada en lo propio y el vivir bien.

Garantizar la inclusión de la espiritualidad en los proceso de implementación de soberanía alimentaria.

Generar estrategias que den cuenta de otras formas de administración de los recursos en nuestros territorios para un mejor manejo, adoptando prácticas externas pero resignificándolas en el contexto de lo propio.

Apropiación y resignificación de los recursos externos. Programas de reforestación y creación de programas de etno-turismo sikuani liderados por las mismas comunidades.

Desde la educación en los colegios se debe garantizar la enseñanza de conocimientos y prácticas propias en las modalidades agropecuarias con principios de sostenibilidad ambiental.

Fomento de asociaciones de mujeres en torno a actividades como las artesanías
Programas de tecnificación de suelos, sin que ello afecte los ecosistemas, haciendo uso de tecnologías limpias, abonos orgánicos, entre otros.

Diseño de estrategias para que la población ubicada en los centros urbanos, puedan tener acceso al uso de la tierra para cultivos sin dejar sus hogares en las ciudades.

EL pueblo sikuani del Vichada rechaza la implantación de monocultivos y proyectos REDD en sus territorios.

Exigencia a las corporaciones ambientales de la Orinoquía (Cormacarena, CDA Y Corporinoquia) para que no violen los derechos ambientales y territoriales de los pueblos otorgando licencias a empresas sin previa consulta y concertación con las autoridades indígenas, todo esto en desmedro de la salud y la soberanía alimentaria de las comunidades.

Garantizar que las administraciones locales y departamentales no respondan a las exigencias del Pueblo sikuani con programas y proyectos ya estipulados con anterioridad en sus Planes de desarrollo, por lo tanto se deben apropiar nuevos recursos en respuesta a las peticiones. De esta forma se evitará que las administraciones locales no adecúen los programas o proyectos ya existentes a lo que demandará la implementación del Plan de Salvaguarda Sikuani en vez de generar nuevas políticas.

CAPITULO 5. PLAN A SEGUIR

Unificación

La Delegación del Pueblo Sikuani deja en claro que el proceso de formulación del Plan de Salvaguarda no ha terminado, pues esta fase culminaría con la unificación de las propuestas trabajadas por los otros hermanos Sikuani. Para el efecto se debe garantizar que este equipo tenga las garantías necesarias para el cumplimiento del tal fin; en un plazo o término de un mes; pues el Plan de Salvaguarda debe ser uno solo que recoja la palabra, las propuestas y la visión como Pueblo.

Por ello se requiere ajustar el documento, unificarlo y revalidarlo en una nueva asamblea en la que estén todas las autoridades del Pueblo sikuani de los departamentos de Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta y Vichada.

Concertación

La concertación debe realizarse con toda la institucionalidad que está obligada en el auto 004 de 2009 y con las que en el desarrollo del cumplimiento de la orden tienen corresponsabilidad, así como ha quedado concertado en la implementación del Programa General de Garantías de Derechos.

Para ello se requiere la creación de un espacio de diálogo y concertación no sólo nacional sino también regional. Este debe estar plenamente conformado, es decir establecido mediante decreto en el que se definen los voceros, funciones y alcances. Este espacio será la instancia encargada de materializar las acciones de cumplimiento del plan, también como el de ejercer seguimiento y veeduría al proceso de implementación del Plan de Salvaguarda Sikuani, como el de los otros pueblos de la Orinoquia (Resguardo Caño Mochuelo, Betoy, U'wa, Kuiba, Makaguan, Hitnú), si ellos así lo aprueban y a través de sus mecanismos propios.

Igualmente este espacio de diálogo y concertación conocerá de las políticas de estado, de las medidas administrativas y legislativas a implementar por el Estado, para desde allí trazar las rutas concertadamente con las autoridades de los Pueblos Indígenas y las entidades departamentales en aras de garantizar el derecho a la participación y la consulta previa libre e informada.

En este espacio de diálogo y concertación se abordará la formulación de un CONPES y la política para los pueblos en riesgo de desaparecer así como de los pueblos en contacto inicial o aislamiento voluntario.

Por la situación específica de despojo, desplazamiento y usurpación territorial descrita en este documento, este escenario de dialogo acordará concertadamente las acciones a garantizar la restitución del derecho colectivo al territorio en el marco del Decreto Ley 4633. Igualmente los acuerdos de la Ley 1450 Plan Nacional de Desarrollo.

Plan de Acción

El plan de Acción del Plan de Salvaguarda Sikuani por tratarse de una apuesta generacional debe contener metas de corto, mediano y largo plazo; que contendrán acciones, proyectos, programas, estrategias operativas y que tendrán que ser respaldadas con la disponibilidad presupuestal para su cumplimiento.

El plan de Acción se desarrollará de manera gradual y focalizada.

Para la formulación del Plan de Acción se deberá garantizar un equipo interdisciplinario e interinstitucional, conformado por delegados del Pueblo sikuani y del Gobierno Nacional. El equipo Indígena gozará de todas las condiciones, técnicas, financieras, logísticas y políticas para desarrollar el mandato otorgado por las autoridades del Pueblo sikuani que es el Plan de Salvaguarda.

CONCLUSIONES

El pueblo Sikuani, ubicado en la Orinoquía colombiana sobre los departamentos del Meta, Vichada, Guainía y Arauca presentan unas realidades distintas en cuanto a su territorialidad y por lo tanto en la manera como lo desvela el Estado para la aplicación de políticas de desarrollo, y es que precisamente estas tierras se traslapan con el mismo territorio que se ha constituido como la última frontera agrícola de Colombia y despensa de alimentos del mundo.

No en vano, la colonización de la región de la Orinoquía se inicia desde principios del siglo pasado y se acentúa en los distintos periodos de violencia, a través de los cuales las comunidades han ido perdiendo su territorio. Sin embargo el despojo y el destierro de los sikuani se refleja en todas sus dimensiones en unas etapas claramente definidas, desde el período de la conquista, pasando por la imposición de las misiones, los procesos de exterminio de las "Guahibiadas" desde mediados del siglo XIX, la etapa de la llamada "colonización dirigida", el conflicto armado y la expropiación por parte de las multinacionales, en muchos de los casos en complicidad con el mismo Estado.

Por tanto, el recuento histórico de intervención y exterminio al Pueblo Indígena Sikuani en los Llanos Orientales deja ver que, como en agua cristalina de los riachuelos que aún no están contaminados, hemos sido expropiados poco a poco, de manera lenta, contundente y en algunos casos con engaños, de nuestros conocimientos, tradiciones, y prácticas culturales. Y que el conflicto armado incrementó aún más la crisis humanitaria de nuestra población pues nuestras comunidades han sido diezmadas, nuevamente vivimos el despojo y la discriminación gracias a los nuevos intereses sobre nuestros territorios, el neoliberalismo económico y la globalización. Las violaciones y abusos han sido cada vez más agresivos, toda vez que nuestra población, después de tantos años de lucha y de resistencia, está cansada, debilitada, en un estado de vulnerabilidad tal que los impactos son desastrosos para nuestra pervivencia y supervivencia como pueblo, como cultura milenaria, ancestral, como pueblo nativo originario.

Entonces, se puede concluir que, en todos los ámbitos de nuestro existir y subsistir, el contacto con los "blancos" llámense *misioneros, colonos, ejército legal e ilegal, o multinacionales,* nos ha dejado más consecuencias negativas que positivas:

El desplazamiento, la "desterritorialización", el despojo, la usurpación, la titulación de predios sin formalidad y el incumplimiento de la ley, son el origen de la gran problemática territorial del pueblo. Y que hoy esa dinámica no ha cambiado, que por el contrario se sostiene pero con diversos agentes, la implementación de una

política de desarrollo neoliberal extractivista hace que se limite y se ponga en un posible desmedro y violación el ejercicio pleno de los derechos territoriales.

Nuestro gobierno propio se ha venido debilitando poco a poco, aunque seguros de que ya no podemos ser tal cual éramos otrora, tenemos aún un gran tesoro: nuestra “lengua” y nuestros “ancianos” y por ello estamos en pro de rescatar los conocimientos que perduran en nuestros ancianos y en las ganas de los jóvenes por aprender.

La situación de salud y el perfil epidemiológico del Pueblo indígena sikuani evidencia diferencias frente a la situación de salud del resto de la población, pero similar a nivel general con pueblos indígenas del país, manifestándose en indicadores desfavorables en términos de mortalidad y morbilidad, denotando así, una situación de vulnerabilidad de la población indígena Sikuani.

En este sentido y atendiendo a algunos datos y estudios socio demográficos, se puede establecer una relación directa de la situación de salud del Pueblo sikuani con su realidad socioeconómica, caracterizada por la mínima realización y garantía de sus derechos representada en baja cobertura en educación que se refleja a nivel nacional, deficiencia en servicios públicos en área urbana y ausencia en el área rural en dónde habita más del 90% de las comunidades indígenas sikuani en el departamento de Guainía; contaminación de fuentes de agua como consecuencia de dinámicas mineras y de piscicultura en sus territorios o cerca de ellos, aumentando el crítico problema del acceso al agua para el consumo humano, el desplazamiento, entre otros factores que sitúan a la población indígena sikuani como una población en riesgo, como lo ha indicado la Corte Constitucional.

En muchos de los territorios donde habitamos los Sikuani, ya no podemos practicar libremente la educación propia por múltiples factores que afectan directamente a las comunidades y al Pueblo sikuani en general, nuestro espacio territorial es reducido e insuficiente, no hay interacción con seres de la naturaleza, los procesos de aculturación que hemos tenido, la intervención directa e indirecta de los grupos al margen de la ley y de las fuerzas armadas y de policía, la presencia de empresas multinacionales colindantes con los resguardos y la inexistencia de una política educativa con enfoque diferencial; estos y otros factores han diezmado de forma rápida algunos patrones culturales y lingüísticos del Pueblo sikuani en las últimas 4 décadas; del mismo modo también hay que reconocer que en algunas comunidades todavía se vive de manera muy autentica, los valores propios del Pueblo Sikuani, como por ejemplo los que habitan el sector bajo del Rio Vichada e Iguanitos en Arauca.

También hay que decir que la intervención de la cultura “blanca” en todas sus formas y por ende el debilitamiento de nuestra cultura y tradiciones, son una problemática que afecta de manera *directa y contundente* un componente esencial para la pervivencia y supervivencia de nuestro pueblo: Estamos hablando de las Mujeres, de la Niñez, de la Juventud y de nuestros baúles de sabiduría, los adultos mayores. Esta situación de intervención ha generado en nuestra población situaciones de mestizaje, violaciones sexuales, pobreza, maltrato, alcoholismo, drogadicción, mendicidad, prostitución, desnutrición y abandono de niños y ancianos.

La violación y vulneración de derechos a la población Sikuani ha sido y sigue siendo permanente y masiva a causa de los diferentes factores de violencia que han marcado al país. A pesar de que con la Constitución Política de Colombia de 1991 se reconocieron los derechos de la población indígena, teniendo en cuenta los lineamientos internacionales establecidos en las diversas declaraciones, convenios y tratados firmados, especialmente el convenio 169 de la OIT a través de la ley 21 de 1991, la situación sólo cambió en el papel mas no en la práctica ya que los derechos humanos del Pueblo sikuani siguieron su misma característica histórica de ser ignorados y violados en todas sus dimensiones, lo que constituye y ha favorecido en la actualidad la crisis que nos tiene en grave peligro de extinción que evidenció el auto 004.

Se habla que en materia de derechos humanos en el mundo las sociedades han avanzado significativamente, pero para nuestras poblaciones la realidad es distinta, especialmente porque el Estado colombiano no ha comprendido –o no quiere comprender- que nuestros derechos son colectivos, hablamos de derechos económicos, sociales y culturales partiendo de ese principio colectivo, reivindicando que como indígenas establecemos nuestra identidad a partir de la pertenencia a una comunidad.

El reconocimiento de los indígenas como pueblos es el punto de partida para reconocer nuestros derechos colectivos. Por otra parte, **para el pueblo Sikuani no es posible hablar de derechos humanos si este no se mira de una forma integral a la territorialidad, todo el principio fundamental se encuentra en el derecho al territorio, ya que los derechos solo se pueden disfrutar plenamente en los territorios ancestrales, allí es donde se configura y garantiza la identidad y del buen vivir.**

BIBLIOGRAFÍA

FUENTE PRIMARIA

- **ENTREVISTAS**

Entrevista a Rosalba Jiménez en el marco del Plan Salvaguarda Sikuani. Achacara, Vichada Marzo de 2013.

Entrevista a Hernando Sánchez Hernando en el marco del Plan Salvaguarda Sikuani. Villavicencio 2013.

Entrevista a Hernando Sánchez En el marco del Plan de Salvaguarda Sikuani. Resguardo La Hormiga, Comunidad La Hormiga. 6 de Septiembre de 2012. Puerto Carreño-Vichada.

Entrevista a José del Carmen Gaitán en el marco del Plan Salvaguarda Sikuani. San Rafael de Planas. Septiembre de 2012

Entrevista a Manuel Jake Lara en el en el marco del Plan de Salvaguarda. Resguardo El Tigre, Comunidad el Tigre, el día 19 de septiembre de 2012 para el Pueblo Indígena Sikuani.

Entrevista realizada al Mayor Hernando Marchena en el Marco de la Socialización del Plan de Salvaguarda Sikuani para el departamento del Guainía. Puerto Inírida, Septiembre de 2012.

Entrevista realizada a David Gaitán León en el marco del taller comunitario en Barrancominas, 2012.

- **TESTIMONIOS**

Testimonio de los Mayores Hernando Sánchez, Pablo Emilio Gaitán y Jorge Vargas. En el marco de la formulación del Plan de Salvaguarda Sikuani. Villavicencio, Febrero de 2013.

Testimonio de los Mayores en el marco de la Asamblea Departamental del Meta para la socialización del Documento final en Puerto Gaitán (Meta), los días 4 y 5 de Marzo de 2013.

Alexis Pérez, Mayor Sikuani. Conversatorio en Reunión de la Comunidad Sikuani de Cajaros, 2012.

Historia narrada por el capitán Pablo Iguanito y el mayor Ramon Iguanito. Conversatorio Plan de salvaguarda sikuani, noviembre de 2012.

En mesa con los mayores y demás compañeros Sikuani en la Departamental de Puerto Inírida del 4 al 6 de abril de 2013.

- **RELATORIAS**

Todas las relatorías de los talleres comunitarios realizados en los cuatro departamentos. 2012-2013.

Socialización Plan Salvaguarda Sikuani. Puerto Inírida, 14-15 de Septiembre de 2012. Marchena Reinaldo. Traductor del Mayor Hernando Marchena. En: Relatoría de Socialización del Plan de Salvaguarda Sikuani llevado a cabo en Puerto Inírida los días 15 y 16 de septiembre de 2012.

Asamblea comunitaria. Carrizal, Guainía. 27, 29 Octubre de 2012.

Asamblea comunitaria. Barrancominas, Guainía. 2-4 Noviembre de 2012.

Asamblea departamental de Validación. Puerto Inírida, Guainía. 5-7 abril de 2013.

Asamblea comunitaria Resguardo el Tigre, Puerto Gaitán Meta. Septiembre 16, 17,18 de 2012.

Asamblea comunitaria Resguardo Domo Planas en la comunidad San Rafael. Puerto Gaitán Meta. Septiembre 26,27, 28 de 2012

Asamblea Comunitaria Resguardo Wacoyo. Puerto Gaitán Meta. Octubre 21,22, 23 de 2012.

Departamental del Meta, Puerto Gaitán 2013.

Asamblea comunitaria Resguardo Caño Hormiga. Vichada. Septiembre 5 al 8 de 2012.

Asamblea comunitaria la Primavera Vichada. Septiembre 13 al 16 de 2012.

Asamblea comunitaria Cumaribo, Vichada. Octubre 18 al 21 de 2012.

Asamblea comunitaria Resguardo Muco Guarrojo. Vichada. Octubre 23 al 26 de 2012.

Asamblea comunitaria Resguardo Selva Mataven, Vichada. Noviembre 3 al 6 de 2012.

Asamblea comunitaria Resguardo Laguna Anguilla la macarena, Vichada. Febrero 4 al 6 de febrero de 2013.

Asamblea comunitaria Resguardo Santa Teresita del Tuparro. Vichada. Febrero 9 al 11 de 2013.

FUENTE SECUNDARIA

- **LIBROS Y ARTICULOS**

ARBELAEZ, De Tobon Lucia. La Jurisdicción Especial Indígena en Colombia y los Mecanismos De Coordinación con el Sisteema Nacional. Guatemala, 2004.

Castaño, Giraldo y Hislen, Germán. La Colonización en la Orinoquia Colombiana: Arauca 1900-19809. Bogotá: Ediciones Ántropox, 2006.

CASTRO H. Lucía. Sexto informe de actividades y productos. Relación de actividades durante el mes de noviembre 2011 y sexto producto realizado. Disponible vía internet: http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/documents/2010/DiagnosticoIndigenas/Diagnostico_SIKUANI.pdf

Censo de resguardos Indígenas Sikuani de Arauca. 2013.

Dato extraído de la página oficial de la Gobernación del Departamento: *http://www.arauca.gov.co/*

Diagnóstico de las lenguas Hitnu, betoy, Macaguan y Sikuani, 2012. Arauca.

Diagnóstico Plan de Desarrollo del gobierno de todos, 2012.

Foro sobre la Orinoquia en Villavicencio 2011.

GÓMEZ, Augusto. Indios, Colonos y Conflictos. Una historia regional de los Llanos Orientales 1870-1970. Bogotá: Siglo XXI editores, 1991.

Instituto Colombiano de Antropología. Disponible vía internet: http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/antropologia/amerindi/prologo.htm. 20:05 p.m 14 de agosto de 2012.

PÉCAUT, Daniel. Orden y violencia. Evolución socio-política de Colombia entre 1930 y 1953. Grupo editorial Norma, 2001. Primera edición publicada en 1987.

PEREZ Ramírez, Gustavo. “Las contradicciones del capitalismo. Planas, un año después. Segunda edición 1971.

Revista Semana., octubre 15 de 2009.

Universidad de los Andes. La Mejor Orinoquia que podríamos construir. Elementos para la Sostenibilidad Ambiental del Desarrollo. Bogotá, septiembre de 2009.

VALMORE, Acevedo “Planas o la destrucción de la Nación Indígena de la Editorial la Oveja Negra. 1970?

VIILANUEVA Martínez, Orlando. Guadalupe Salcedo y la insurrección llanera. 1949-1957. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2012.

- **LEGISLACIÓN Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES**

Auto 004 de 2009.

Constitución Política de Colombia. 1991.

Convenio 169 De La Organización Internacional Del Trabajo. 1989.

Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos (argel, julio 4 de 1976).

Declaración Universal De Los Derechos De Los Pueblos Indígenas. Resolución Aprobada Por La Asamblea General, En Septiembre 13 De 2007.

Plan de Desarrollo del Municipio de Puerto Gaitán 2012-2015. Diagnóstico.

Plan de desarrollo departamental, Arauca. 2012 – 2015.
Plan Nacional de Desarrollo 2007.

Programa de Garantías. 2011.

Sentencia T-025 De 2004.

Vicepresidencia de la República, Gobernación del Meta. Cartografía Social Indígena del Departamento del Meta. Bogotá, 2010.

Enfoque diferencial para pueblos y comunidades indígenas víctimas

República de Colombia
Ministerio del Interior

Juan Manuel Santos Calderón
Presidente de la República

Juan Fernando Cristo Bustos
Ministro del Interior

Carlos Ferro Solanilla
Viceministro de Relaciones Políticas

Carmen Inés Vásquez
Viceministra para la Participación e Igualdad de Derechos

Viviana Ferro Buitrago
Coordinadora Grupo de Articulación Interna
para la Política de Víctimas del Conflicto Armado

ISBN: 978-958-8909-40-0

Ministerio del Interior

Bogotá D.C.
Carrera 8 N.° 7 - 83
PBX: 242 7400
www.mininterior.gov.co

TABLA DE CONTENIDO

Índice

1. Presentación
2. Introducción al enfoque indígena
A. Caracterización de la población indígena del país
B. Principales aspectos y elementos del enfoque diferencial indígena
C. Instrumentos para la protección de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas
3. Afectaciones del conflicto armado en los pueblos indígenas
A. Caracterización de la población indígena víctima del conflicto armado
B. El desplazamiento forzado de los pueblos indígenas
4. Introducción a las medidas de atención, asistencia, reparación integral y restitución de derechos territoriales para los pueblos y comunidades indígenas
A. Principales componentes y aportes del Decreto-ley 4633 de 2011
B. Competencias de las entidades territoriales
5. Retos para la implementación del Decreto-ley 4633 de 2011
6. Bibliografía

Índice de mapas

Mapa 1 Participación de la población indígena en el total de la población departamental

Mapa 2 Resguardos indígenas legalmente constituidos (2010)

Índice de tablas

Tabla 1 Presencia de pueblos indígenas por departamento

Tabla 2 Normatividad relevante para los pueblos indígenas

Tabla 3 Número de víctimas

Tabla 4 Factores identificados en el Auto 004 de 2009 como afectaciones diferenciales del conflicto armado en los pueblos indígenas

Tabla 5 Acciones generales que deben realizar las entidades territoriales en conjunto con otros niveles de gobierno (Decreto-ley 4633 de 2011)

Índice de diagramas

Diagrama 1 Derechos colectivos de los pueblos indígenas

Diagrama 2 Instrumentos internacionales para la protección de los derechos de los pueblos indígenas

Diagrama 3 Cronología de las decisiones de la Corte Constitucional en materia de población indígena desplazada

Diagrama 4 Definición de los componentes de la política pública de víctimas en el Decreto-ley 4633 de 2011

Anexos Estructura del Decreto-ley 4633 de 2011

1. PRESENTACIÓN

Con el objetivo de avanzar en la protección y garantía de los derechos de las víctimas que pertenecen a los grupos étnicos, el artículo 205 de la Ley 1448 de 2011 le otorgó funciones extraordinarias al presidente de la república para expedir los Decretos-ley 4633 para pueblos y comunidades indígenas, 4634 de 2011 para el pueblo rom o gitano y 4635 de 2011 para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Estos decretos ley constituyen el marco normativo para la asistencia, atención, reparación integral y la restitución de tierras de los pueblos y comunidades étnicas.

Dichas normas fueron consultadas por el gobierno nacional con las autoridades y organizaciones representativas de los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del pueblo rom, bajo los parámetros de la jurisprudencia constitucional, la ley y el derecho propio, con el fin de dar cabal cumplimiento al derecho fundamental de la consulta.

El presente documento pretende proporcionar elementos y herramientas para que las entidades territoriales puedan incorporar de manera adecuada el enfoque diferencial para pueblos y comunidades indígenas en los instrumentos de planeación establecidos dentro de la política pública de víctimas, como es el caso de los Planes de Acción Territorial (PAT), con el propósito de avanzar en la garantía de los derechos de la población indígena víctima del conflicto armado interno, mediante prácticas positivas inclusivas, no discriminatorias, participativas y que reconozcan la diversidad étnica y cultural.

También se espera que el análisis normativo del Decreto-ley 4633 de 2011, en lo que remite a las competencias de los diferentes niveles de gobierno en cada uno de los componentes y medidas, permita aportar elementos para la definición de las reglas, condiciones y casos en los cuales se deben aplicar los principios de la descentralización administrativa, para llevar a cabo acciones

destinadas a restituir y garantizar los derechos de los pueblos indígenas en su conjunto y de sus miembros. Todo lo anterior tiene como finalidad contribuir a alcanzar uno de los mayores retos del Decreto-ley 4633 de 2011: lograr su implementación adecuada, gradual, progresiva y efectiva.



2.
INTRODUCCIÓN AL ENFOQUE INDÍGENA

A. Caracterización de la población indígena en el país

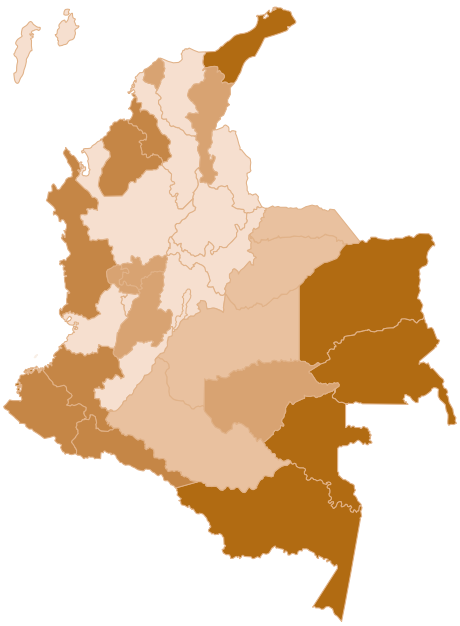
De acuerdo con el censo del año 2005, 1.392.623 personas se autorreconocieron como indígenas, lo que representa el 3,4% del total de la población nacional (41.468.384). En cuanto a su distribución en el territorio nacional, es necesario mencionar que casi la totalidad de los departamentos cuentan con población indígena. Sin embargo, en algunos este grupo representa un porcentaje significativo del total de habitantes, como es el caso de Vaupés (66%), Guainía (64%), La Guajira (44%), Vichada (44%) y Amazonas (43%). No obstante, los departamentos de La Guajira, Cauca, Nariño, Córdoba y Sucre en conjunto concentran el 65,77% del total de la población indígena. Mientras tanto, en los departamentos de San Andrés, Bolívar, Santander, Cundinamarca, Quindío, Boyacá, Antioquia, Valle del Cauca, Norte de Santander y Magdalena, el porcentaje de población indígena es menor frente a la población total (menor al 1%)[1].

A pesar de los procesos de migración y desplazamiento forzado que se han dado en las últimas décadas, la mayor parte de la población indígena del país se encuentra asentada en las áreas rurales, ya sea en resguardos, parcialidades o en territorios tradicionales. De acuerdo con los cálculos oficiales, 1.094.258 personas indígenas residen en las áreas rurales, lo que significa que el 72% de esta población se encuentra en resguardos y alrededor del 27%, en territorios que no hacen parte de un resguardo.

1. Hernández Romero, Astrid (2010). "La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos". Documento Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane).

Mapa 1

Participación de la población indígena en el total de la población departamental.



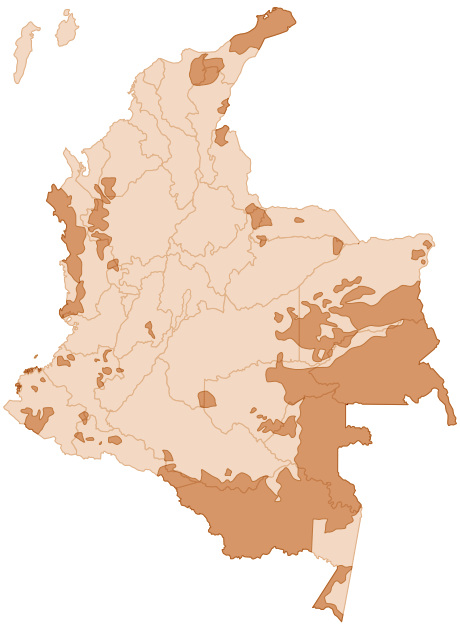
Porcentaje (%)

- 22 - 61
- 6 - 21
- 3 - 5
- 2
- <=1

Fuente: Censo General (2005), Marco Geoestadístico Nacional (2004), espacializado por la Dirección de Estadística (octubre de 2006). Tomado de: http://www.dane.gov.co/ files/censo2005/etnia/sys/etnias.pdf.

Mapa 2

Resguardos indígenas legalmente constituidos (2010)



- Resguardos indígenas

Fuente: Hernández Romero, Astrid (2010).“La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos”. Documento Dane (p. 31).

Tabla 1. Presencia de pueblos indígenas por departamento

Amazonas	Makuna, Matapí, Miraña, Nonuya, Ocaima, Tanimaka, Tariano, Tikuna, Uitoto, Yagua, Yauna, Yukuna y Yuri
Antioquia	Embera, Embera Chamí, Embera Katío, Senú y Tule
Arauca	Betoye, Chiricoa, Hitnu, Kuiba, Piapoco, Sikuani y U´Wa
Atlántico	Mokana
Bolívar	-
Boyacá	U´Wa y Muisas
Caldas	Cañamomo, Embera, Embera Chamí y Embera Katío
Caquetá	Andoque, Coreguaje, Coyaima, Embera, Embera Katío, Inga, Makaguaje, Nasa y Uitoto
Casanare	Amorúa, Kuiba, Masiguare, Sáliba, Sikuane, Tsiripu, Yararos y U´Wa
Cauca	Coconuco, Embera, Eperara Siapidara, Guambiano, Guanaca, Inga, Nasa, Totoró y Yanacona
Cesar	Arhuaco, Kogui, Wiwa, Yuko y Kankuamo
Chocó	Embera, Embera Chamí, Embera Katío, Tule y Waunan
Córdoba	Embera Katío y Senú
Cundinamarca	Muiscas
Guanía	Kurripako, Piapoco, Puinawe y Yeral
Guaviare	Desano, Guayabero, Karijona, Kubeo, Kurripako, Nukak, Piaroa, Piratapuyo, Puinave, Sikuani, Tucano, Wanano
Huila	Coyaima, Dujos, Nasa y Yanaconas
La Guajira	Arhuaco, Kogui, Wayuu y Wiwa
Magdalena	Arhuaco, Chimila, Kogui y Wiwa
Meta	Achagua, Guayabero, Nasa, Piapoco y Sikuane
Nariño	Awa, Embera, Eperara Siapidara, Inga, Kofán y Pasto
Norte de Santander	Bari y U´Wa
Putumayo	Awa, Coreguaje, Embera, Embera Katío, Inga, Kamëntsa, Kofán, Nasa, Siona y Uitoto
Quindío	-
Risaralda	Embera y Embera Chamí
San Andrés	-
Santander	U´Wa y Guanes
Sucre	Senú
Tolima	Coyaima y Nasa
Valle del Cauca	Embera, Embera Chamí, Nasa y Waunan
Vaupés	Bara, Barasana, Carapana, Desano, Kawiyarí, Kubeo, Kurripako, Makuna, Nukak, Piratapuyo, Pisamira, Siriano, Taiwano, Tariano, Tatuyo, Tucano, Tuyuka, Wanano y Yurutí
Vichada	Kurripako, Piapoco, Piaroa, Puinave, Sáliba y Sikuane

Fuente: Rodríguez, Hernández, Salamanca y Ruiz (2007). Colombia, una nación multicultural: su diversidad étnica. Dane, Dirección de Censos y Demografía (P. 21).

B. Principales aspectos y elementos del enfoque diferencial indígena

¿Cuáles son los aspectos que definen la identidad cultural de los pueblos y comunidades indígenas[2]?

Los sistemas de pensamiento, organización y producción de los pueblos y comunidades indígenas son importantes factores de cohesión interna, que los diferencian de otros grupos de la sociedad.

Estos sistemas se manifiestan en los planos espirituales y materiales a través de los siguientes aspectos:

- La cosmovisión, los rituales y ceremonias, la existencia de sitios sagrados y el conocimiento reservado.
- El idioma propio, el conocimiento y prácticas médicas, las formas de transmisión del conocimiento, el ejercicio y la reproducción de la salud y educación propias.
- En las pautas de parentesco y alianza, los patrones de crianza, los órdenes de género y generacionales.
- A través del gobierno propio, el ordenamiento y manejo espacial y temporal del territorio, los sistemas de producción, distribución, autoabastecimiento, consumo, intercambio, comercialización y roles de trabajo, y los usos alimentarios cotidianos y rituales.
- El patrimonio cultural, los patrones estéticos, estrategias y redes de comunicación.
- La planificación colectiva y diferencial desde los planes integrales de vida.



Diagrama 1. Derechos colectivos de los pueblos indígenas.

2. Artículo 44, Decreto-ley 4633 de 2011

Conceptos básicos en el tema de comunidades y pueblos indígenas:

- *Resguardos indígenas: Son territorios ocupados por uno o más pueblos indígenas, que poseen reconocimiento oficial, una organización propia y tienen un carácter de propiedad colectiva, inalienable, imprescriptible e inembargable. En su interior se pueden ejercer los derechos colectivos reconocidos en los mandatos constitucionales.*
- *Territorios indígenas: Son las áreas poseídas en forma regular y permanente por una comunidad, parcialidad o grupo indígenas y aquellas que, aunque no se encuentren poseídas en esa forma, constituyen el ámbito tradicional de sus actividades sociales, económicas y culturales.*
- *Comunidad o parcialidad indígena: Es el grupo o conjunto de familias de ascendencia amerindia, que tienen conciencia de identidad y comparten valores, rasgos, usos o costumbres de su cultura, así como formas de gobierno, gestión, control social o sistemas normativos propios que la distinguen de otras comunidades, tengan o no títulos de propiedad, o que no puedan acreditarlos legalmente, o que sus resguardos fueron disueltos, divididos o declarados vacantes.*
- *Autoridad tradicional: Son los miembros de una comunidad indígena que ejercen, dentro de la estructura propia de la respectiva cultura, un poder de organización, gobierno, gestión o control social y son ampliamente reconocidos y aceptados.*
- *Cabildo indígena: Es una entidad pública especial, cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por esta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, sus usos, costumbres y el reglamento interno de cada comunidad.*

Tomado de: Artículo 2 del Decreto 2164 de 1995, Ministerio de Agricultura.

C. Instrumentos para la protección de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas

• Instrumentos internacionales

El Convenio 169 de la OIT (Ley 21 de 1991) menciona que los pueblos indígenas en muchos lugares del mundo no pueden ejercer sus derechos y libertades en el mismo grado que el resto de la población de los países que habitan, y que sus costumbres, valores y sistemas de pensamiento han sufrido un progresivo debilitamiento. Ante esta situación, los Estados que adoptaron este convenio, entre ellos Colombia, se comprometieron a emprender con la participación activa de los pueblos indígenas interesados acciones coordinadas y sistemáticas para garantizar sus derechos y proteger su integridad (artículo 2).

El Convenio 169 de 1989 sobre pueblos indígenas y tribales (Ley 21 de 1991) establece lo siguiente:

La conciencia de la identidad indígena deberá considerarse como el criterio fundamental para determinar los grupos a los cuales se les aplicarán las disposiciones del mencionado convenio (autorreconocimiento).

Este convenio está destinado a los pueblos cuyas condiciones sociales, culturales y económicas los distingan de otros sectores de la colectividad nacional y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial.

[…] y a los pueblos considerados como indígenas, por descender de poblaciones que habitaban una región geográfica determinada antes de que se produjeran los procesos de conquista o colonización y que ahora están asentados dentro de las fronteras de un Estado, pero conservan todas o parte de sus instituciones sociales, económicas, culturales y políticas (sin importar su situación jurídica particular).

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007) resalta algunas situaciones que han afectado a estas poblaciones y aporta argumentos valiosos para la protección de sus derechos. Algunos de los aspectos mencionados en esta declaración son los siguientes:

- Manifiesta su preocupación frente a los procesos de colonización, el despojo de las tierras y territorios de los pueblos indígenas y la creación de barreras que limitan su acceso a recursos fundamentales para sus culturas y formas de vida, pues estos han restringido el derecho que tienen estas poblaciones a decidir sobre su porvenir, sus necesidades, prioridades e intereses.
- Se reafirma que los pueblos indígenas son iguales a los demás grupos de la población, pues son titulares de todos los derechos reconocidos internacionalmente y, por lo tanto, deben estar libres de cualquier forma de discriminación.
- También se recuerda que todos los pueblos tienen derecho a ser diferentes, a reconocerse como tal y a que su determinación sea respetada.
- Se reconoce que los pueblos indígenas poseen derechos colectivos y que estos son indispensables para su existencia, bienestar y su desarrollo integral como pueblos. Por esta razón, se resalta la urgencia de promover el respeto por sus estructuras políticas, económicas, sociales, culturales, sus tradiciones espirituales, su historia y sus sistemas de pensamiento.

- Se afirma que los conocimientos, culturas y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas realizan aportes importantes a la diversidad y al patrimonio de toda la humanidad y pueden promover un desarrollo sostenible, equitativo y responsable del medioambiente.
- Se confía en que el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas por los Estados propiciará la construcción de relaciones basadas en los principios de justicia, democracia, respeto, no discriminación y buena fe.
- Se expresa que los pueblos indígenas podrán mantener y reforzar sus instituciones, culturas y tradiciones y promover su desarrollo según sus aspiraciones y necesidades, en la medida en que puedan controlar los acontecimientos que los afectan a ellos, a sus territorios y recursos.

Adicionalmente, se alienta a los Estados a respetar y cumplir eficazmente las obligaciones con los pueblos indígenas derivadas de los instrumentos internacionales existentes.

Diagrama 2. Instrumentos internacionales para la protección de los derechos de los pueblos indígenas

Declaraciones de organizaciones internacionales	Declaración Internacional de los Derechos Humanos (1948) Declaración de las Naciones Unidas sobre Personas Pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas y Lingüísticas (1992) Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)
Tratados internacionales	Convenio sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (169 de 1989) Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965) Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (1966)
Derecho emergente	Capítulo 26 del Programa 21 y adoptado durante la Conferencia de Río de Janeiro de las Naciones Unidas (1992) Resolución 48/163 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del mundo (1993) Proyecto de Declaración Americana sobres los Derechos de los Pueblos Indígenas

Basado en: "La consulta previa a pueblos indígenas y tribales: Compendio de legislación, jurisprudencia y documentos de Estado", Ministerio del Interior y de Justicia (2006).

Instrumentos nacionales para la protección de los derechos de los pueblos indígenas

Tabla 2. Normatividad relevante para los pueblos indígenas

NORMA	CONTENIDO
Constitución Política de 1991	El Estado colombiano reconoce y protege la diversidad étnica y cultural (Art. 7).
	Defiende el respeto a la autodeterminación de los pueblos (Art. 9).
	Las lenguas de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios (Art. 10).
	Las tierras de resguardo son inalienables, imprescriptibles e inembargables (Art.63).
	Los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural (Art. 68).
	Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas (Art. 286).
Ley 21 de 1991	Por la cual el Estado colombiano ratifica el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo OIT (169 de 1989).
Ley 60 de 1993	Establece que los resguardos indígenas como territorios legalmente constituidos dispondrán de una parte de los ingresos corrientes de la nación a través de transferencias realizadas de acuerdo con la población de cada resguardo certificada anualmente por el Dane.
Ley 387 de 1997	Prevención del desplazamiento forzado.
Ley 715 de 2001	Establece normas orgánicas de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 de la Constitución Política y dicta algunas disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros.
Ley 649 de 2001	Circunscripción nacional especial.
Ley 1381 de 2010	Por la cual se desarrollan los artículos 7, 8, 10 y 70 de la Constitución Política y los artículos 4, 5 y 28 de la Ley 21 de 1991 y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes.
Ley 1753 de 2015	Plan Nacional de Desarrollo, 2014-2018.

NORMA	CONTENIDO
Ley 1482 de 2011	Mediante la cual se adopta la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 2106 A , del 21 de diciembre de 1965).
Ley 1530 de 2012	Por la cual se regula la organización y funcionamiento del Sistema General de Regalías.
Decreto 1088 de 1993	Por el cual se regula la creación de las asociaciones de cabildos o autoridades tradicionales indígenas.
Decreto 804 de 1995	Atención educativa para las comunidades étnicas.
Decreto 2164 de 1995	Titulación de tierra a las comunidades indígenas
Decreto 1396 de 1996	Por medio del cual se crea la Comisión de Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas y el Programa Especial de Atención a los Pueblos Indígenas.
Decreto 1397 de 1996	Por el cual se crea la Comisión Nacional de Territorios Indígenas y la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y las organizaciones indígenas y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1320 de 1998	Reglamenta la consulta previa con las comunidades indígenas y negras para la explotación de recursos naturales dentro de su territorio.
Decreto 982 de 1999	Comisión para el desarrollo integral de la política indígena.
Decreto 1396 de 1996	Por medio del cual se crea la Comisión de Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas y el Programa Especial de Atención a los Pueblos Indígenas.
Decreto 1397 de 1996	Crea la Comisión Nacional de Territorios Indígenas y la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas y dicta otras disposiciones.
Decreto 2500 de 2010	Por medio del cual se regula la administración de la educación por autoridades indígenas.
Decreto-ley 4633 de 2011	Por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas.
Decreto 2333 de 2014	Por el cual se establecen los mecanismos para la efectiva protección y seguridad jurídica de las tierras y territorios ocupados o poseídos ancestralmente o tradicionalmente por los pueblos.
Decreto 1953 de 2014	Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los territorios indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política.



3.
AFECTACIONES DEL CONFLICTO ARMADO EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS

A. Caracterización de la población indígena víctima del conflicto armado

Frente a la relevancia de conocer las afectaciones colectivas e individuales que el conflicto armado ha ocasionado en los pueblos indígenas, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (Uariv) ha venido avanzando en la incorporación de variables diferenciales y étnicas para caracterizar la población víctima, teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1448 y en los decretos-ley para grupos étnicos.

De acuerdo con los datos proporcionados por la Red Nacional de Información para la Atención y Reparación a las Víctimas (RNI), de un total de 7.028.776 personas incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV), 141.409 se reconocen como indígenas, lo que representa el 2% de la población reconocida como víctima del conflicto armado. En términos de género y de orientación sexual, la población indígena víctima se encuentra distribuida de la siguiente manera: el 51% son mujeres (72.685), el 48% son hombres (67.880) y 11 se reconocen como LGTBI. En el resto de los casos esta variable no fue registrada[3].

En cuanto al ciclo vital, la población indígena víctima actualmente está distribuida de la siguiente manera: 4.651 están entre los 0 y 5 años, 22.439 tienen entre 6 y 12 años, 19.903 están entre 13 y 17 años, 28.375 entre los 18 y 26 años, 52.478 tienen entre 27 y 60 años y 9.369, entre 61 y 100 años. Por otra parte, respecto al enfoque de discapacidad, 3.593 personas víctimas indígenas manifiestan tener discapacidad[4].

3. Red Nacional de Información, http://rni.unidadvictimas.gov.co, consultada en enero de 2015.

4. Red Nacional de Información, (2015).

En cuanto al impacto diferencial del conflicto armado en los grupos y pueblos indígenas, es importante señalar que el 97% de las víctimas indígenas sufrieron desplazamiento forzado, mientras que la incidencia de este hecho victimizante entre la población víctima en general es del 86%.

Por otra parte, como se muestra en la Tabla 3, los hechos victimizantes que con mayor frecuencia han afectado a los miembros de los pueblos y comunidades indígenas se encuentra el desplazamiento forzado, el homicidio y los actos terroristas, atentados, combates y hostigamientos. Frente a este último conjunto de delitos, es importante señalar que su incidencia entre la población indígena es de casi el 2%[5], mientras que en la población víctima en general es del 1%[6]. Si bien la diferencia no es significativa en términos porcentuales, sí muestra cómo el conflicto armado ha afectado con mayor intensidad los bienes y territorios de los pueblos y comunidades indígenas, limitando su movilidad y dificultando la realización de actividades cotidianas y fundamentales para su supervivencia como colectividad.

Tabla 3. Número de personas pertenecientes a un pueblo o comunidad indígena que han sido afectadas por un hecho victimizante

HECHO VICTIMIZANTE	INDÍGENA
Desplazamiento	137.406
Homicidio	6.056
Acto terrorista | atentados | combates | hostigamientos	2.594
Amenaza	2.297
Pérdida de bienes muebles o inmuebles	2.054
Desaparición forzada	1.381
Mina antipersonal | munición sin explotar | artefacto explosivo	321
Secuestro	216
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	104
Tortura	103
Vinculación de niños, niñas y adolescentes	72
Abandono o despojo forzado de tierras	46

Fuente: Red Nacional de Información, http://rni.unidadvictimas.gov.co, consultada en diciembre de 2014.

Si bien estas cifras proporcionan estimativos sobre las afectaciones que el conflicto armado ha ocasionado en los pueblos indígenas, como las graves vulneraciones a sus derechos individuales y colectivos y las infracciones

5. De las 141.409 personas registradas en el RUV como indígenas, 2.594 expresan haber sufrido actos terroristas, atentados, combates.

6. De un total de 7.028.776 personas registradas como víctimas del conflicto armado en el RUV, 79.790 manifiestan haber sufrido actos terroristas, atentados y combates.

al Derecho Internacional Humanitario, se debe mencionar que estas situaciones están relacionadas con factores históricos y estructurales, como la discriminación, las condiciones de desigualdad existentes y la ubicación de sus territorios en regiones estratégicas, por su diversidad, recursos naturales y la posible realización de importantes proyectos de desarrollo[7].

B. El desplazamiento forzado de los pueblos indígenas

Mediante la Sentencia T–025 de 2004, la Corte Constitucional se pronunció frente al fenómeno del desplazamiento forzado declarando el estado de cosas inconstitucional y emitiendo una serie de órdenes destinadas a la reformulación de la política pública de prevención y atención del desplazamiento forzado. Para monitorear el nivel de cumplimiento de las órdenes dadas, la Sentencia T–025/2004 estableció un sistema de seguimiento dentro del cual se han emitido un conjunto de autos en los que se analizan distintos aspectos del desplazamiento forzado y se profundiza sobre las acciones que deben ser implementadas para la superación del estado de cosas inconstitucional, debido a la persistencia y continua falta de garantías de los derechos de la población desplazada. En varios autos de seguimiento, la Corte Constitucional se ha concentrado en mostrar cómo el desplazamiento forzado ha afectado a poblaciones específicas como las mujeres, las comunidades afrodescendientes, los niños, niñas y adolescentes y las personas en condición de discapacidad, por lo cual ha promulgado órdenes específicas para proteger a estos grupos[8].

Como parte de esta estrategia de seguimiento, la Corte Constitucional emitió el Auto 004 de 2009, en el que se realiza un balance sobre la situación de los pueblos indígenas del país afectados por el desplazamiento forzado y se identifican los factores que hacen que este grupo sea especialmente vulnerable ante el hecho y los efectos ocasionados a nivel individual y colectivo[9].

Tabla 4. Factores o situaciones identificadas en el Auto 004 de 2009 como afectaciones diferenciales del conflicto armado en los pueblos indígenas

A. Los pueblos indígenas del país han sido víctimas de graves violaciones a sus derechos individuales y colectivos y al Derecho Internacional Humanitario, por lo cual están en peligro de ser exterminados física y culturalmente.
B. La complejidad de los variables que definen el conflicto armado profundizan e intensifican los procesos de eliminación, desplazamiento y desintegración de los pueblos indígenas, puesto que se presentan las siguientes situaciones:
Confrontaciones en territorios indígenas entre los actores armados, que afectan directamente a las comunidades indígenas, aun cuando no involucren activamente a sus miembros.

7. Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación y Defensoría del Pueblo. "Primer informe de seguimiento a la Ley 1448 de 2011 de Víctimas y de Restitución de Tierras", agosto de 2012: 254 - 262.
8. César Rodríguez Garavito (dir.), Natalia Orduz Salinas, Sebastián Rubiano, Sebastián Boada y Felipe Arias (noviembre de 2010). Pueblos indígenas y desplazamiento forzado: evaluación del cumplimiento del gobierno colombiano del Auto 004 de la Corte Constitucional Colombiana. Colección Justicia Global, documento 3. Programa de Justicia Global y Derechos Humanos, Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.
9. Pueblos indígenas y desplazamiento forzado: evaluación del cumplimiento del gobierno colombiano del Auto 004 de la Corte Constitucional Colombiana (2010).

Los procesos bélicos también pueden involucrar activamente a los pueblos y comunidades indígenas y a sus miembros individuales en el conflicto armado.

Procesos territoriales y socioeconómicos conexos al conflicto armado interno, que afectan los territorios tradicionales y las culturas indígenas.

Procesos socioeconómicos que, sin tener relación directa con el conflicto armado, resultan exacerbados o intensificados por causa de la guerra.

C. La tierra constituye un factor común subyacente a la afectación de los pueblos indígenas por el conflicto.

D. Mayores niveles de desplazamiento forzado entre los grupos indígenas.

Ante las condiciones de los pueblos indígenas en situación de desplazamiento, la Corte Constitucional consideró que requería la adopción de medidas urgentes, pues este fenómeno ocasiona la dispersión y desintegración de los lazos familiares y comunitarios, afectando su integridad como colectividades. Adicionalmente, las dificultades derivadas de la adaptación a nuevos entornos, la precariedad de las fuentes de subsistencia y de las condiciones de vida en general, conducen a que algunos pueblos indígenas estén en riesgo de ser exterminados física y culturalmente[10].

Ante esta situación, la Corte emitió dos órdenes concretas para prevenir y proteger los derechos de los pueblos indígenas y de sus miembros a la vida, integridad, territorio y participación, entre otros, ante el desplazamiento forzado y para lograr que su atención sea adecuada y apropiada. La primera orden es diseñar e implementar en el corto plazo un programa de garantías de derechos para toda la población indígena del país, orientado a la prevención y atención de su desplazamiento forzado, que debe ser formulado por las entidades del gobierno con la participación de sus organizaciones representativas[11].

El Programa de Garantías de los Pueblos Indígenas fue protocolizado en diciembre de 2011, después de realizarse un amplio proceso participativo y de concertación entre las organizaciones indígenas nacionales y el gobierno nacional. El objetivo general de este plan es: "Garantizar el goce efectivo de los derechos colectivos de los pueblos indígenas y los derechos individuales de sus miembros, mediante la superación de factores que ponen en riesgo su pervivencia física y cultural, de conformidad con lo dispuesto por la Corte Constitucional en la Sentencia T-025 de 2004 y en el Auto de Seguimiento 004 de 2009"[12].

10. Pueblos indígenas y desplazamiento forzado: evaluación del cumplimiento del gobierno colombiano del Auto 004 de la Corte Constitucional Colombiana (2010).

11. Pueblos indígenas y desplazamiento forzado: evaluación del cumplimiento del gobierno colombiano del Auto 004 de la Corte Constitucional Colombiana (2010).

12. Bases para el programa de garantías de los Derechos Fundamentales de Pueblos Indígenas (2012). Colección Cuadernos Legislación y Pueblos indígenas de Colombia N.º 2. Presidencia y Vicepresidencia de la República. Bogotá D.C.

La segunda orden consiste en diseñar y poner en marcha 34 planes de salvaguarda étnica, destinados a proteger otros tantos pueblos indígenas mencionados en esa decisión de los efectos ocasionados por el conflicto armado y el desplazamiento forzado. En la formulación de estos planes también deben participar de manera efectiva las autoridades legítimas de los pueblos indígenas correspondientes[13].

Los planes de salvaguarda étnica deben estar destinados a la protección de los siguientes pueblos:

Arhuaco	Guayabero	Koreguaje	Totoró
Awá	Huitoto	Kuiva	U'wa
Betoy	Inga	Kuna	Wayúu
Chimila	Kamentzá	Nasa	Wiwa
Embera-Chamí	Kankuamo	Nukak-Makú	Wounaan
Embera-Dobidá	Kichwa	Pijao	Yanacona
Embera-Katío	Kofán	Sikuani	Yukpa
Eperara-Siapidaara	Coconuco	Siona	Zenú

Actualmente, los planes de salvaguarda étnica para cada uno de estos pueblos indígenas se encuentran en diferentes niveles de avance y en algunos casos ya han sido protocolizados y se están realizando las gestiones para iniciar su implementación.

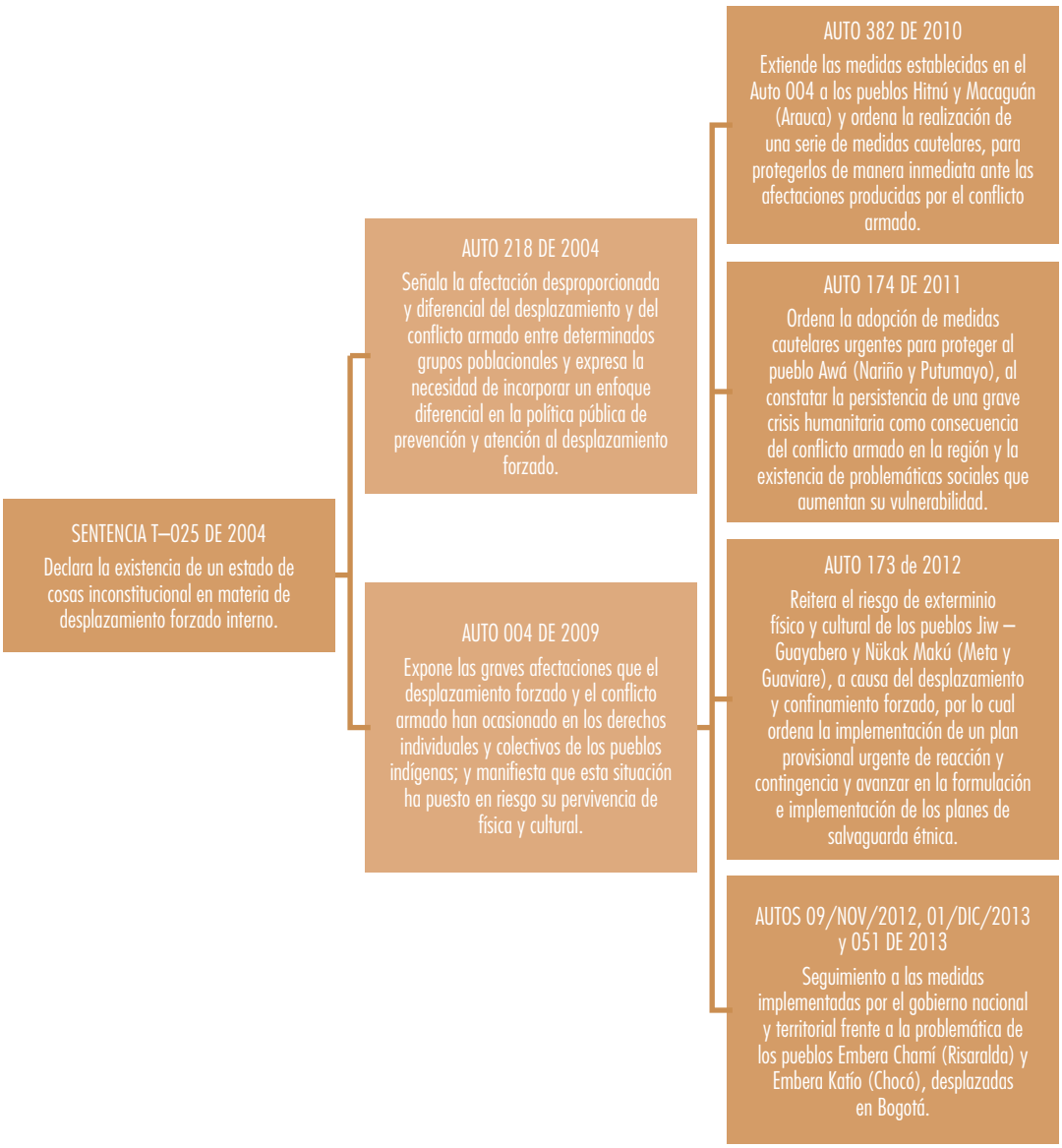
Posteriormente fue emitido el Auto 382 de 2010, con el cual se amplían las órdenes del Auto 004 de 2009 a los pueblos Hitnú y Makaguan. Con el Auto 174 de 2011 y el Auto 173 de 2012 se reiteran y profundizan las providencias tomadas en el Auto 004 de 2009 para los pueblos indígenas Awa, y Jiw y Nukak, ante la persistencia de las situaciones que amenazan los derechos y la supervivencia de estos pueblos.

Si bien las condiciones de la población indígena desplazada son preocupantes, también se deben tomar medidas destinadas a los pueblos indígenas que han permanecido en sus territorios y que se han visto afectados por acciones vinculadas al conflicto armado, pues sus derechos y libertades también han sido vulnerados de manera sistemática y recurrente, por situaciones como la ocupación o intervención en los territorios indígenas, la ocurrencia de hechos relacionados con el conflicto armado, la presencia de artefactos explosivos y minas antipersonales, el reclutamiento de miembros de las comunidades indígenas por los grupos armados al margen de la ley, el confinamiento, los señalamientos de la población indígena, las amenazas de sus líderes y autoridades tradicionales y, en general, las restricciones para usar y disfrutar de sus territorios y realizar sus actividades productivas, culturales y sociales con libertad y normalidad[14].

13. Pueblos indígenas y desplazamiento forzado: evaluación del cumplimiento del gobierno colombiano del Auto 004 de la Corte Constitucional Colombiana, (2010).

14. Pueblos indígenas y desplazamiento forzado: evaluación del cumplimiento del gobierno colombiano del Auto 004 de la Corte Constitucional Colombiana, (2010).

Diagrama 3. Cronología de las decisiones de la Corte Constitucional en materia de población indígena desplazada



4.
INTRODUCCIÓN A LAS MEDIDAS DE ATENCIÓN, ASISTENCIA, REPARACIÓN INTEGRAL Y RESTITUCIÓN DE DERECHOS TERRITORIALES PARA LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS

A. Principales componentes y aportes del Decreto-ley 4633 de 2011

¿Por qué existe un marco normativo especial y diferenciado de atención, protección, reparación integral y restitución de derechos territoriales de las víctimas individuales y colectivas de los pueblos y comunidades indígenas?

La Constitución Política de Colombia reconoce y establece el deber de proteger la diversidad étnica y cultural de la nación, y para ello ha previsto que los pueblos indígenas sean depositarios de protección especial (artículos 7 y 8). El Estado colombiano, adicionalmente, ha adoptado, suscrito y ratificado una serie de declaraciones, convenios y tratados internacionales, en los cuales se reconocen los derechos de los pueblos indígenas y que en virtud del artículo 93 de la Constitución nacional hacen parte del bloque de constitucionalidad.

Adicionalmente, la Corte Constitucional en el Auto 004 de 2009 de seguimiento a la T– 025 de 2009 se pronunció frente a las violaciones graves y manifiestas ocurridas en contra de los derechos de los pueblos indígenas, los cuales se encuentran en riesgo de ser exterminados física y culturalmente a causa del desplazamiento forzado. En esta decisión, la Corte Constitucional también señaló que el conflicto ha ocasionado afectaciones diferenciales en estas colectividades, por lo cual el Estado debe atender a este grupo de manera preferencial y prioritaria.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, el Decreto-ley 4633 de 2011 establece que las medidas destinadas a la protección, atención, reparación integral y restitución de los derechos territoriales de los pueblos y comunidades y de sus miembros deben garantizar los derechos a la identidad cultural, a la autonomía, a las instituciones propias, a sus territorios, a sus sistemas jurídicos, a la igualdad material y a la pervivencia física y cultural (artículo 1).

¿Cómo fue elaborado el Decreto-ley 4633 de 2011?

En el marco de la Mesa Permanente de Concertación (Decreto 1397 de 1996), los pueblos, las organizaciones indígenas y el gobierno nacional acordaron un mecanismo único y excepcional que permitiera continuar con el trámite de la norma que regularía las medidas en favor de las víctimas del conflicto armado y al mismo tiempo se garantizara el derecho fundamental a la consulta de los grupos étnicos, ante la formulación de una medida legislativa susceptible de afectarlos directamente.

En concordancia con este acuerdo, el artículo 205 de la Ley 1448 de 2011 le concedió al presidente de la república facultades extraordinarias y específicas para expedir un decreto con fuerza de ley que permitiera definir la normatividad que cobijaría a las víctimas indígenas.

¿Cuáles son los principales aportes del Decreto-ley 4633 de 2011?[15]

- Se reconoce la necesidad de restituir los derechos territoriales de pueblos indígenas.
- Se acepta la existencia de daños colectivos, ambientales y culturales.
- Se establece que algunas medidas deben ser concertadas con las organizaciones y autoridades indígenas.

¿Quiénes son víctimas de acuerdo con el Decreto-ley 4633?

- Los pueblos y comunidades indígenas como sujetos colectivos y sus integrantes como sujetos individuales que hayan sufrido daños como consecuencia de violaciones graves y manifiestas de normas internacionales de derechos humanos, derechos fundamentales y colectivos, crímenes de lesa humanidad o infracciones al Derecho Internacional Humanitario por hechos ocurridos a partir del primero de enero de 1985 y que guarden relación con factores subyacentes y vinculados al conflicto armado interno.
- En el caso de los pueblos y comunidades indígenas y sus integrantes que hayan sido víctimas por hechos ocurridos con anterioridad al primero de enero de 1985, estos serán sujetos de medidas de reparación simbólica (eliminación de todas las formas de discriminación estructural, garantías de no repetición, aceptación pública de los hechos ocurridos, perdón público y restablecimiento de la dignidad de las víctimas y de los pueblos).

15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). "Hechos de Paz: ABC del Decreto-ley sobre víctimas de los pueblos indígenas", N.º 65, noviembre-diciembre de 2012.



- Los territorios de los pueblos indígenas también son considerados víctimas del conflicto armado interno, porque los hechos vinculados y derivados de este han ocasionados daños a su equilibrio y armonía, y afectado su vitalidad, de acuerdo con los sistemas de pensamiento indígenas y con ello, la salud y la soberanía alimentaria debido al estrecho vínculo y al carácter colectivo de la relación entre las comunidades indígenas y sus territorios.
- Los niños, niñas y adolescentes indígenas que han sido vinculados por los diferentes actores armados y las comunidades y pueblos a los cuales pertenecen igualmente son considerados víctimas del conflicto armado, y deben ser reparados individual y colectivamente.

¿Qué tipo de daños son reconocidos en el Decreto-ley 4633 de 2011?

Para los pueblos y las comunidades indígenas, los daños ocasionados por el conflicto armado son de carácter individual, individuales con efectos colectivos y colectivos.

En primer lugar, los daños individuales son entendidos como las afectaciones físicas, materiales, psicológicas, espirituales y culturales causadas a las víctimas indígenas. La idea de daño individual también contempla el debilitamiento de su relación con su comunidad, pueblo y territorio (artículo 41).

Los perjuicios individuales con efectos colectivos se producen cuando el daño causado a un miembro de un pueblo o comunidad indígena afecta la estabilidad social, cultural, organizativa y ancestral y su capacidad de pervivencia. Este tipo de daños son asimilados a los daños colectivos (artículo 43).

Por último, a través de la idea de daños colectivos se hace referencia a los actos que atentan en contra de los derechos y bienes de los pueblos y comunidades indígenas en su conjunto. Los daños colectivos pueden ser de varios tipos: a la integridad cultural, al territorio, a la autonomía e integridad política y organizativa. Sin embargo, un daño puede ser catalogado como colectivo independientemente del número de personas afectadas por un determinado hecho (artículo 42).

¿Cómo se garantizará la participación oportuna y efectiva de las organizaciones de pueblos y comunidades indígenas en el diseño, implementación, ejecución y evaluación de la política pública de atención, asistencia, reparación integral y restitución de derechos territoriales?

Las organizaciones de los pueblos y comunidades indígenas tienen derecho a hacer parte de las Mesas de Participación de Víctimas (artículo 193 de la Ley 1448 de 2011) y de los Comités Territoriales de Justicia Transicional (CTJT) en sus distintos niveles (municipales, distritales, departamentales y nacionales).

En el caso de las Mesas de Participación de Víctimas, el ministerio Público convocará la inscripción de las organizaciones, comunidades o asentamientos de acuerdo con las determinaciones de las autoridades y coordinará la elección de sus miembros, de acuerdo con el reglamento establecido para tal fin. Para que las organizaciones indígenas participen en este espacio, no es necesario que existan jurídicamente (artículo 191).

En los CTJT (artículo 173 de la Ley 1448 de 2011) tendrá asiento un representante de los pueblos y comunidades indígenas del área de influencia del respectivo CTJT. El delegado a este espacio será designado por las autoridades indígenas de la zona correspondiente. En caso de que existan varios pueblos o comunidades en una misma jurisdicción, las autoridades indígenas podrán alternar el delegado para garantizar una participación equitativa de todos los pueblos (Decreto-ley 4633 de 2011, artículo 192).

Diagrama 4. Definición de los componentes de la política pública de víctimas en el Decreto-ley 4633 de 2011

Protección
Artículos 33, 54 y 55

Debe estar orientada al fortalecimiento del gobierno propio, el ejercicio de su autonomía y de la autodeterminación en sus territorios.

Se deberá garantizar el ejercicio de la relación cultural y espiritual de los pueblos indígenas con su territorio.

Establecer una interconexión entre la protección de los pueblos y comunidades indígenas como colectivos y la protección de sus integrantes.

Salvaguardar a las comunidades indígenas ante los factores subyacentes y vinculados al conflicto armado.

Asistencia y atención
Artículo 72

Se entiende como el conjunto de medidas, programas y recursos financieros e institucionales, destinados a asegurar el goce efectivo de los derechos fundamentales y colectivos de las víctimas indígenas.

La asistencia y atención integral deben responder a las necesidades especiales de los pueblos indígenas, a la legislación humanitaria, a la jurisprudencia de la Corte Constitucional y al impacto desproporcionado que las violaciones producen en la supervivencia de los pueblos indígenas y en la de sus miembros.

Dada la especial protección constitucional de las víctimas indígenas, se debe garantizar que su acceso a las medidas diseñadas sea prioritario, especial, preferente y diferencial.

Reparación integral
Artículo 5

Para los pueblos indígenas y sus miembros, la reparación integral se entenderá como el restablecimiento del equilibrio y la armonía interna en sus dimensiones materiales e inmateriales. Estos procesos requieren medidas y acciones destinadas al fortalecimiento de su autodeterminación, de sus instituciones, el restablecimiento de sus derechos territoriales, la garantía de su goce efectivo y la implementación de mecanismos de indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Verdad
Artículo 31

El Estado garantizará el derecho de los pueblos indígenas a conocer la verdad sobre las violaciones a sus derechos (históricas y recientes), adelantando los procesos judiciales en contra de los responsables de las violaciones de sus derechos, haciendo públicas las sanciones que se produzcan y dando a conocer a quienes promovieron, apoyaron, financiaron y se beneficiaron con la ocurrencia de estos hechos.

Justicia
Artículo 32

El Estado debe investigar las violaciones a los derechos de los pueblos indígenas y adoptar medidas apropiadas y proporcionales para que los responsables sean procesados, juzgados y condenados por los daños que ocasionaron.

B. Competencias de las entidades territoriales en la atención, asistencia, reparación integral y restitución de los derechos territoriales de las víctimas pertenecientes a comunidades y pueblos indígenas

Componente de atención y asistencia

1. Ayuda y asistencia humanitaria:

- *Las entidades territoriales, la Uariv y el ICBF deben prestar alojamiento y alimentación transitoria en condiciones dignas y de manera inmediata (artículo 73, parágrafo 1).*

Acciones complementarias:

– *Aplicación de los criterios especiales y culturalmente adecuados para la entrega de ayuda humanitaria que sean acordados por el gobierno nacional y la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos y Organizaciones Indígenas (parágrafo 2).*

– *Adoptar la escala de medición de la afectación de los hechos victimizantes aprobada en el Subcomité Técnico de Enfoque Diferencial (parágrafo 4).*

- *Las entidades territoriales receptoras de personas o familias indígenas víctimas de desplazamiento forzado deben garantizar la atención humanitaria inmediata a quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad acentuada. La atención humanitaria inmediata debe adecuarse a las características culturales de cada pueblo indígena y contar con los componentes de alimentación, artículos de aseo, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina y alojamiento transitorio. La atención humanitaria inmediata debe ser entregada a partir del momento que sea realizada la declaración ante el ministerio público y hasta la inscripción en el RUV (artículo 93).*
- *Los municipios o distritos en donde se presenten altos índices de recepción de víctimas de desplazamiento forzado indígenas deben implementar, en coordinación con las organizaciones y autoridades indígenas localizadas en su territorio, una estrategia masiva de alimentación y alojamiento (mecanismos para garantizar el acceso).*



2. Denuncia y registro de los hechos victimizantes:

- *Cuando ocurran atentados terroristas o desplazamientos colectivos que afecten a pueblos o comunidades indígenas, el ministerio público, las alcaldías y las autoridades de la comunidad indígena víctima deberán llevar a cabo las siguientes acciones (artículo 74):*

– *Realizar un acta con una descripción detallada de las condiciones de modo, tiempo y lugar del evento masivo.*

– *Elaborar un informe en el que se verifiquen las circunstancias que ocasionaron estos hechos.*

– *Elaborar un censo de las comunidades, familias y personas pertenecientes al pueblo o la comunidad indígena afectada, utilizando el formato diseñado por la Uariv.*

– *La alcaldía municipal deberá enviar el acta y el censo del evento masivo a la Uariv dentro de los ocho días siguientes a la ocurrencia del evento.*

- *Cuando ocurran varios desplazamientos individuales de miembros de una misma comunidad indígena en un periodo determinado y que en conjunto constituyan un desplazamiento colectivo, la autoridad indígena de la comunidad elaborará el respetivo censo y lo presentará ante la alcaldía del municipio de donde fueron expulsados los miembros de las comunidades o pueblos indígenas (artículo 91, parágrafo segundo).*

3. Asistencia funeraria:

- *Las entidades territoriales pagarán (con cargo a sus presupuestos y sin intermediarios) los gastos funerarios de las víctimas indígenas, cuando estas no cuenten con los recursos necesarios. Las honras fúnebres deberán realizarse respetando los usos y costumbres tradicionales de los pueblos o comunidades a las cuales pertenecían las víctimas (artículo 75).*

Acciones complementarias:

Cuando la víctima indígena fallezca en un municipio distinto a su residencia habitual, los costos funerarios y de traslado y los gastos de hospedaje, desplazamiento y alimentación de los familiares serán asumidos por los municipios en donde sucedió el deceso y en donde la víctima residía (artículo 75, parágrafo 1).

Reportar al CTJT el cumplimiento de esta competencia (artículo 75, parágrafo 2).

4. Asistencia en salud:

- *El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará con las entidades territoriales para que se garantice la vinculación al régimen subsidiado a todos los integrantes de pueblos y comunidades indígenas que puedan ser considerados víctimas, y que al momento de recibir la atención inicial de urgencias no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (artículo 78, parágrafo 2).*

5. Asistencia en educación:

- *El Ministerio de Educación Nacional y las secretarías de educación de las entidades territoriales certificadas establecerán las medidas para que los integrantes de las comunidades víctimas de la violencia puedan dar continuidad a sus procesos de educación en el marco del sistema educativo indígena propio (artículo 86).*
- *El Ministerio de Educación nacional y las secretarías de educación de las entidades territoriales certificadas diseñarán e implementarán las estrategias para prevenir la discriminación de los niños, niñas y adolescentes indígenas víctimas en los centros educativos (artículo 86).*

Acción complementaria:

- *Esta estrategia debe incluir la formación de los docentes en temas como el reconocimiento de la diversidad cultural y de los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas.*
- *El Ministerio de Educación nacional y las entidades territoriales certificadas (aplicando los principios de subsidiariedad y complementariedad) deben priorizar la adecuación y construcción de infraestructura física educativa acorde con el proyecto educativo propio en las comunidades y pueblos indígenas que sean víctimas (artículo 86).*
- *El Ministerio de Educación, en conjunto con las secretarías de Educación de las entidades territoriales certificadas, realizará las acciones necesarias para asegurar el acceso y la exención de todo tipo de costos académicos en los establecimientos educativos oficiales y el desarrollo de las estrategias necesarias para la permanencia en el sistema educativo de todas las víctimas indígenas. Estas acciones deben considerar el enfoque diferencial, de inclusión social y perspectiva de derechos para garantizar la pervivencia cultural a través de sus procesos educativos propios e interculturales (artículo 87).*

- *El Ministerio de Educación nacional, conjuntamente con las secretarías de Educación de las entidades territoriales certificadas y con la participación de las autoridades y organizaciones indígenas, establecerá los instrumentos, procesos e indicadores de gestión y de calidad para dar seguimiento a las acciones educativas contempladas para la población indígena víctima.*

Componente de reparación integral

- El Ministerio de Cultura, en coordinación con el Ministerio de Educación nacional y con la colaboración con las entidades territoriales, implementará programas de formación de intérpretes y traductores de las lenguas indígenas de los pueblos o comunidades víctimas (artículo 115).

Tabla 5. Acciones generales que deben realizar las entidades territoriales en conjunto con otros niveles de gobierno (Decreto-ley 4633 de 2011).

Competencias	Nación	Departamento Distrito Municipio		Referencia
Las medidas de protección, atención, reparación integral y restitución de derechos territoriales (colectivas e individuales) para pueblos y comunidades indígenas deben ajustarse a los valores culturales de cada pueblo y garantizar sus derechos colectivos (identidad cultural, autonomía, instituciones, territorio, sistemas jurídicos propios, igualdad material y a la pervivencia física y cultural).	X	X	X	Artículo 1
El Estado tiene la responsabilidad de adelantar todas las investigaciones conducentes al esclarecimiento de la verdad [sobre las violaciones de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas relacionadas con el conflicto armado].	X	X	X	Artículo 3
El Estado garantizará la protección de los territorios de ocupación histórica o ancestral de los pueblos o comunidades en los términos establecidos en el Convenio 169 de la OIT (artículos 13, 14 y 15) y de la Constitución Política (artículo 63).	X	X	X	Artículo 11
Las medidas de atención integral, protección, reparación integral y restitución de derechos territoriales destinadas a los pueblos y comunidades indígenas responden al deber del Estado de proteger, respetar y garantizar sus derechos fundamentales, colectivos e integrales.	X	X	X	Artículo 13
Garantizar la priorización de las personas definidas como de especial reconocimiento y protección en las medidas de protección, atención, asistencia y reparación integral.	X	X	X	Artículo 15
El Estado garantizará el derecho de los pueblos indígenas no contactados o en aislamiento voluntario a permanecer en dicha condición y a vivir libremente, de acuerdo con sus culturas en sus territorios ancestrales.	X	X	X	Artículo 17
Las distintas entidades del Estado comprometidas con el desarrollo, ejecución y seguimiento de las medidas y mecanismos contemplados en este decreto deberán trabajar de manera armónica y respetuosa con las autoridades indígenas.	X	X	X	Artículo 23
El Estado debe iniciar procesos orientados a garantizarles a los pueblos y comunidades indígenas el goce efectivo de los derechos y progresivamente incrementar su satisfacción.	X	X	X	Artículo 36
Las entidades del orden nacional, regional y local deberán enfocar su oferta institucional para lograr la satisfacción de las necesidades asociadas al desplazamiento, de conformidad con los resultados de la evaluación de la cesación.	X	X	X	Artículo 108
Uno de los objetivos del Plan Integral de Reparación Colectiva para pueblos y comunidades indígenas es que las diferentes instancias del Estado (nivel nacional y territorial) definan sus obligaciones, roles y competencias en el diseño, ejecución y seguimiento a las medidas contempladas en el Decreto-ley 4633 de 2011.	X	X	X	Artículo 138

5.
RETOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL DECRETO-LEY 4633

- Continuar con la difusión del Decreto-ley 4633 de 2011 entre las comunidades indígenas para que conozcan cuáles son sus derechos como víctimas y cómo pueden acceder a las medidas dispuestas en esta norma[16].
- Lograr que en las medidas que lo requieren se lleve a cabo una adecuada concertación con las autoridades tradicionales o instancias de decisión propias de las comunidades o pueblos indígenas afectados[17].
- Garantizar la participación efectiva de los representantes de las víctimas indígenas en los espacios de articulación y coordinación y en las instancias de decisiones de política pública que los afecten.
- Lograr que las entidades del Estado conozcan sus competencias y responsabilidades con los grupos indígenas y le den cumplimiento a lo allí contenido[18].
- Conseguir que la oferta institucional existente sea ajustada o reformulada, para incorporar acciones afirmativas en beneficio de los grupos indígenas que garanticen sus derechos.
- Iniciar o profundizar con los procesos de adecuación institucional emprendidos por las instituciones y entidades vinculadas en la prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral de las víctimas indígenas, con el propósito de ajustar su funcionamiento y procedimientos a sus necesidades y particularidades.

16. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). "Hechos de Paz: ABC del Decreto-ley sobre víctimas de los pueblos indígenas", N.º 65, noviembre-diciembre de 2012.

17. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). "Hechos de Paz: ABC del Decreto-ley sobre víctimas de los pueblos indígenas", N.º 65, noviembre-diciembre de 2012.

18. Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación y Defensoría del Pueblo. Primer informe de seguimiento a la Ley 1448 de 2011 de Víctimas y Restitución de Tierras, agosto de 2012: 254 -262.

- Las entidades territoriales deben adecuar sus estructuras administrativas y formular los proyectos y acciones requeridos con sus correspondientes partidas presupuestales para garantizar que las víctimas indígenas reciban una atención humanitaria diferencial.
- La reglamentación del sistema de corresponsabilidad debe contemplar que las entidades territoriales en donde están establecidas las comunidades étnicas poseen limitaciones presupuestales, administrativas o técnicas que les impiden atender adecuadamente a la población víctima, o la misma intensidad del conflicto armado en sus territorios sobrepasa su capacidad, por lo cual la existencia de grupos y comunidades étnicas víctimas debería ser un criterio para la aplicación de los principios de corresponsabilidad, subsidiaridad y complementariedad, en el marco de la articulación nación- territorio.
- Todas las observaciones realizadas anteriormente están enfocadas a conseguir que las víctimas indígenas efectivamente sean atendidas, asistidas y reparadas integralmente de acuerdo con el marco que las cobija.



Anexo 1

Decreto-ley 4633 de 2011	
"Por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas".	
Considerando	
Título I Disposiciones generales	Capítulo I Objeto, ámbito y definición de víctima Capítulo II Principios generales y derechos de los pueblos indígenas
Título II Daños y afectaciones	Capítulo I Daños Capítulo II Aplicación del enfoque diferencial al interior de los pueblos indígenas
Título III Protección de los pueblos indígenas en el marco del conflicto armado interno y otras formas de violencia sistemática	Capítulo I Alcance de la protección Capítulo II Medidas de protección colectiva a los pueblos indígenas Capítulo III Medidas de protección individual para los pueblos indígenas Capítulo IV Medidas especiales de protección a los pueblos indígenas
Título IV Atención integral a las víctimas pertenecientes a los pueblos indígenas y la ayuda humanitaria	Capítulo I Asistencia y atención Capítulo II De la atención y asistencia a las víctimas del desplazamiento forzado Capítulo III Retornos y reubicaciones
Titulo VI Restitución de derechos territoriales	Capítulo I Definición y alcance de la restitución de derechos territoriales de las comunidades y pueblos indígenas Capítulo II Procedimientos para la protección y la restitución de derechos territoriales Capítulo III Proceso judicial de restitución Capítulo IV Resolución de controversias territoriales intra e interétnicas
Título VII Institucionalidad	Capítulo I Institucionalidad para la reparación integral y restitución de tierras abandonadas y despojadas
Título VIII Componente étnico de los registros	
Título IX Participación de las víctimas pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas	

BIBLIOGRAFÍA

Hernández Romero, Astrid (2010). La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos. Documento Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane).

Rodríguez Garavito, César, (Dir.); Orduz Salinas, Natalia; Rubiano, Sebastián; Boada, Sebastián, y Arias, Felipe (2010). Pueblos indígenas y desplazamiento forzado: evaluación del cumplimiento del gobierno colombiano del Auto 004 de la Corte Constitucional Colombiana. Colección Justicia Global, documento número 3. Programa de Justicia Global y Derechos Humanos, Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.

Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación y Defensoría del Pueblo. Primer informe de seguimiento a la Ley 1448 de 2011 de Víctimas y Restitución de Tierras, agosto de 2012:254 - 262.

Decreto-ley 4633 de 2011, "por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas".

Botero, Luis, y Saavedra, Ana María, (compiladores, 2008). La consulta previa a pueblos indígenas y tribales Compendio de Legislación, Jurisprudencia y Documentos de Estado, Ministerio del Interior y de Justicia. Bogotá, Colombia.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Hechos de Paz: ABC del decreto–ley sobre víctimas de los pueblos indígenas. N.°65, noviembre–diciembre de 2012.

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007. En: Bases para el Programa de Garantías de los Derechos Fundamentales de los Pueblos Indígenas (2012). Colección Cuadernos Legislación y Pueblos Indígenas de Colombia, N.° 2. Presidencia y Vicepresidencia de la República. Bogotá, D.C.

Consejo Nacional de Política Económica y Social (2012). Conpes 3726 de 2012: Lineamientos, plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismo de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas. Bogotá, D.C.

Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas. Informe del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas a las Comisiones Primera de Senado y Cámara. Marzo de 2013. Bogotá, D.C.

Páginas electrónicas consultadas:

http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/etnias.pdf.

Créditos

Ilustraciones:

Gloria Stella Arriaga Ariza
Cel: 314 655 4925
Correo Electrónico: gloriaarriaga1@hotmail.com
Web: http://www.gloriaarriaga.com

Guías de Práctica Clínica

para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio

2013 - Guías No. 11-15

Centro Nacional de Investigación
en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

© Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias

Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio.
Guías No. 11-15

ISBN: 978-958-57937-4-3
Bogotá. Colombia
Abril de 2013

Nota legal
Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de lo dispuesto en el numeral 13 de la convocatoria 500 del 2009 y la cláusula DECIMO TERCERA -PROPIEDAD INTELECTUAL "En el evento en que se llegaren a generar derechos de propiedad intelectual sobre los resultados que se obtengan o se pudieran obtener en el desarrollo de la presente convocatoria y del contrato de financiamiento resultante de ella, estos serán de COLCIENCIAS y del Ministerio de Salud y Protección Social", de conformidad con el clausulado de los contratos suscritos para este efecto.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO

Grupo Desarrollador. Guía de Práctica Clínica

LÍDER DE LA GUÍA

PIO IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología y Epidemiología, Director de Extensión, Director del Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Medicina, Profesor Titular, Universidad Nacional de Colombia.

COORDINACION METODOLÓGICA

INGRID ARÉVALO RODRÍGUEZ, Psicóloga, Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia, PhD (c) en Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Barcelona. Coordinadora General de Epidemiología Clínica de la Guía.

CONSTANZA COLLAZOS VIDAL, Médica Cirujana, Magíster en Epidemiología, Coordinadora de Investigación Cualitativa de la Guía.

Sección Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo:

JAIRO AMAYA GUÍO, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario. Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de

Colombia. Profesor asistente Fundación Universitaria San Martín. Ginecólogo y Obstetra Hospital de Engativá. Coordinador Epidemiología Clínica de la sección.

ARTURO CARDONA OSPINA, Médico Cirujano, Especialista en Ginecología, Obstetricia y Fetología, Coordinador académico de la Unidad Materno Fetal, Clínica del Prado, Medellín.

LUZ AMPARO DÍAZ CRUZ, Médica Cirujana, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Profesora Asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.

DIANA MILENA RODRIGUEZ MERCHAN, Médica Cirujana, Residente en Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.

ALEXANDER BARRERA BARINAS, Médico cirujano , Universidad de Boyacá , Especialista en Epidemiologia Clínica, Universidad El Bosque, Gerente e Investigador Principal de KLINIKOS S.A.S Investigación & Salud.

DIMELZA OSORIO SANCHEZ, Médica Cirujana, Máster en Salud Pública, PhD (c) en Salud Pública.

Sección Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo

GIANCARLO BUITRAGO GUTIÉRREZ, Médico Cirujano, Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador Epidemiología Clínica de la sección.

ALEJANDRO CASTRO SANGUINO, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia

RODRIGO CIFUENTES BORRERO, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Doctor en Biología de la Reproducción, Profesor Emérito Universidad del Valle

MARTHA PATRICIA OSPINO GUZMÁN, Médica Cirujana, Especialista en Epidemiología, Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, integrante del grupo de investigación de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional de Colombia.

Sección Infecciones del embarazo y el puerperio (Ruptura prematura de membranas y toxoplasmosis)

Sección Ruptura Prematura de Membranas:

JAIRO AMAYA GUÍO, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario. Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia. Profesor asistente Fundación Universitaria San Martín. Ginecólogo y Obstetra Hospital de Engativá.

JORGE ANDRÉS RUBIO ROMERO, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.

LEONARDO ARÉVALO MORA, Médico Cirujano, Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Médico Experto en VIH, Servicios de Salud Suramericana.

JOHN HENRY OSORIO CASTAÑO, Enfermero, Especialista en Gerencia de IPS, Magíster en Epidemiología.

FRANCISCO EDNA, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Vocal Zona Norte de la Junta Directiva de la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología.

GIANCARLO BUITRAGO GUTIÉRREZ, Médico Cirujano, Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia.

MARTHA PATRICIA OSPINO GUZMÁN, Médica Cirujana, Especialista en Epidemiología, Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, integrante del grupo de investigación de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional de Colombia.

Sección Toxoplasmosis:

JORGE ALBERTO CORTES LUNA, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna e Infectología, Diplomado en Medicina Tropical e Higiene. Profesor Asociado, Universidad Nacional de Colombia. Vicepresidente, Asociación Colombiana de Infectología.

JORGE ENRIQUE GÓMEZ MARÍN, Médico Cirujano, Magíster en Medicina Tropical, Doctor en Ciencias Básicas Médicas, Docente de Planta, Universidad del Quindío.

PEDRO IGNACIO SILVA PÉREZ, Médico Cirujano, Especialista en Ginecoobstetricia, Especialista en Docencia Universitaria, Coordinador del Departamento de Ginecología, Universidad de Santander.

LEONARDO ARÉVALO MORA, Médico Cirujano, Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Médico Experto en VIH, Servicios de Salud Suramericana.

Sección Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico

JORGE ANDRÉS RUBIO ROMERO, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador Epidemiología Clínica de la sección.

ARIEL IVÁN RUIZ PARRA, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Especialista en Biología de la Reproducción, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Titular del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia

FERNANDO ANTONIO MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Estudiante de Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia. Ginecólogo y Obstetra adscrito a Colsanitas y Coomeva.

LUIS ALFONSO MUÑOZ M., Médico Cirujano, Especialista en Anestesiología y Reanimación, Especialista en Medicina Critica y Cuidado Intensivo, Especialista en Epidemiologia Clínica, Instructor asociado del Departamento de Anestesiología y Reanimación, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

JULIANA MUÑOZ RESTREPO, Médica Cirujana, Universidad de Antioquia, Residente en Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.

Sección Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo (Hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio de placenta y hemorragia posparto)

JOHN HENRY OSORIO CASTAÑO, Enfermero, Especialista en Gerencia de IPS, Magíster en Epidemiología. Coordinador Epidemiología Clínica de la sección.

JOAQUÍN GUILLERMO GÓMEZ DÁVILA, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Epidemiología, Director Centro NACER, Docente de la Universidad de Antioquia.

JUAN GUILLERMO LONDOÑO CARDONA, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Coordinador del Área de Educación NACER-Universidad de Antioquia.

JESÚS ARNULFO VELÁSQUEZ PENAGOS, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Fellow en Cuidado Crítico Obstétrico, Coordinador de Mortalidad Materna-NACER, Docente, Universidad de Antioquia.

GLADYS ADRIANA VÉLEZ ÁLVAREZ, Médica Cirujana, especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Salud Pública, Coordinadora Área Salud Sexual y Reproductiva, NACER-Universidad de Antioquia.

JHON JAIRO ZULETA TOBÓN, Médico Cirujano, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Epidemiología, Docente Universidad de Antioquia, NACER.

OTROS PROFESIONALES PERTENECIENTES AL GRUPO DESARROLLADOR

MARIBEL ARIZA BURGOS, Psicóloga, Universidad Nacional de Colombia. Experta en Psicología para la Guía.

JULIETH GONZALEZ, Enfermera. Experta en Enfermería para la Guía.

MONICA PATRICIA BALLESTEROS SILVA, Médica Cirujana, Especialista en Epidemiología, Máster en Epidemiología Clínica, Máster en Salud Pública, Estudiante de Doctorado en Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

EQUIPO DE EVALUACIONES ECONÓMICAS

LILIANA ALEJANDRA CHICAIZA BECERRA , Administradora de Empresas, Especialista en Evaluación Social de Proyectos, Doctora en Economía y Gestión de la Salud, Grupo de investigación GITIACE, Profesora Titular, Universidad Nacional de Colombia Coordinadora del Doctorado de Ciencias Económicas, Coordinadora de Evaluaciones Económicas de la GPC.

MARIO GARCÍA MOLINA, Economista, Magister en Historia, Doctor en Economía. Grupo de investigación GITIACE, Profesor Titular, Universidad Nacional de Colombia, Coordinador General Evaluaciones Económicas.

JORGE AUGUSTO DÍAZ ROJAS, Químico Farmacéutico, Especialista en Farmacología, Magister en Ciencias Económicas. Profesor Asociado, Universidad Nacional de Colombia.

CARLOS JAVIER RINCÓN RODRÍGUEZ, Estadístico, Magíster en Epidemiología Clínica, Docente Investigador, Universidad de la Sabana, Profesional en Estadística.

GIANCARLO ROMANO GÓMEZ, Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

JOSÉ RICARDO URREGO NOVOA, Químico Farmacéutico, Especialista en Administración y en Farmacología, Magister en Toxicología y en Administración. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

FREDY RODRÍGUEZ PAEZ, Médico Cirujano, Especialista Evaluación Social de Proyectos, Magíster en Salud Pública

MARÍA DE LOS ÁNGELES BERMÚDEZ RAMÍREZ, Bacteriólogo y Laboratorista Clínico. Especialista en Administración y Gerencia en Sistemas de Gestión de la Calidad. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

JAIRO ALEXANDER MORENO CALDERÓN, Ingeniero Industrial. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

NELLY ASTRID MORENO SILVA, Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

MABEL JULIET MORENO VISCAYA, Economista, Especialista en Estadística, Universidad Nacional de Colombia, Profesional en Modelamiento. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

SANDRA PAOLA OVIEDO ARIZA, Economista, Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

VÍCTOR ALFONSO PRIETO MARTÍNEZ, Administrador de Empresas. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

HOOVER QUITIAN REYES, Economista. Economista. Grupo de Investigación GITIACE, Universidad Nacional de Colombia.

REPRESENTANTES DE PACIENTES EN EL GDG

MARÍA FERNANDA LARA DÍAZ

NANCY ROCHA

GINA HUÉRFANO VILLALBA

ANDRES TORO

(Otras 16 personas participaron de los procesos de desarrollo de la GPC. Ver Anexo 6).

EVALUACION EXTERNA DE LA GPC

Dr. Agustín Ciapponi, Secretario Científico de la Asociación Argentina de Medicina Familiar, Coordinador Centro Cochrane IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria), División Sudamericana del Centro Cochrane Iberoamericano.

EQUIPO DE DIRECCIÓN

Director General:

RODRIGO PARDO TURRIAGO, Médico Cirujano, Especialista en Neurología Clínica, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Coordinadora Académica:

PAOLA ANDREA MOSQUERA MÉNDEZ, Psicóloga, Especialista en Epidemiología, Magíster en Política Social, Candidata a Doctora en Salud Pública, Investigadora Asociada, Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia.

Coordinador de Guías:

EDGAR CORTÉS REYES, Fisioterapeuta-Economista, Magíster en Epidemiología Clínica, Profesor Asociado, Director del Departamento de Movimiento Corporal Humano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Gerente administrativo:

RICARDO LOSADA SAENZ, Ingeniero Industrial, Magíster en Suficiencia Investigadora y Magíster en Salud Pública, Gerente de la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología, Gerente Administrativo.

BEATRIZ STELLA JIMÉNEZ CENDALES, Médico Cirujano, Especialista en Auditoria en Salud- Gerencia de IPS, Magíster en Evaluación Tecnológica Médica Internacional, Investigador, Universidad Nacional de Colombia.

VIVIANA NEVA, Administradora de Empresas, Asistente Administrativa, Universidad Nacional de Colombia.
FRANCY JULIET RINCON BERMUDEZ, Tecnóloga Industrial, Estudiante de Administración de Empresas, Asistente de Proyectos, Universidad Nacional de Colombia.

EQUIPO EVALUACION DE EQUIDAD

JAVIER HERNANDO ESLAVA-SCHMALBACH, Médico Anestesiólogo, Universidad Nacional de Colombia, Magister en Dirección en Universitaria, Universidad de los Andes, Magister en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

ANA CAROLINA AMAYA ARIAS, Psicóloga, Especialista en Teorías, métodos y técnicas en investigación social, Candidata a Magister en Epidemiología Clínica, Investigadora asociada Instituto de Investigaciones Clínicas, Grupo de Equidad en Salud, Universidad Nacional de Colombia.

ANGELA MARCELA GORDILLO MOTATO, Nutricionista, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Estudios Políticos, Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, Investigadora del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional – OBSAN.

EQUIPO DE COMUNICACIONES:

CARLOS HERNÁN CAICEDO ESCOBAR, Ingeniero Metalúrgico y Administrador de Empresas, Especialista en Gestión Tecnológica y en Sistemas de Información, Magíster en Investigación, Magíster en Ciencias de la Gestión, Profesor Asociado Facultad de Ingeniería; Director del Instituto de Comunicación y Cultura, Universidad Nacional de Colombia.

VIVIAN MARCELA MOLANO SOTO, Comunicadora Social-Periodista, Magíster en Estudios Políticos, Asesora del Instituto de Comunicación y Cultura, Universidad Nacional de Colombia. Experta en comunicaciones.

SILVIA ANGÉLICA PUERTAS CÉSPEDES, Lingüista, Asistente del Equipo de Comunicaciones, Universidad Nacional de Colombia.

EDNA PAOLA CORDOBA CORTÉS, profesional en Estudios Literarios, Asistente del Equipo de Comunicaciones. Universidad Nacional de Colombia.

LEIDY JOHANNA CEPEDA SAAVEDRA Enfermera, Enfermera Jefe, Clínica El Bosque, Profesional en el manejo de comentarios de la página web de la Alianza Cinets

LEONARDO ANDRÉS ANCHIQUE LEAL Ingeniero de Sistemas, Webmaster, Consultor, Administrador de la página web del Proyecto de Guías de Atención Integral.

EQUIPO DE COORDINACIÓN DE GUÍA DE PACIENTES

MARISOL MORENO ANGARITA, Fonoaudióloga, Magíster en comunicación, PhD en Salud Pública, profesora asociada a la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Asesora en comunicaciones.

LINA PAOLA BONILLA MAHECHA, Fonoaudióloga, Magíster en Comunicación y Medios (c). Experta en comunicaciones.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y GRUPOS DE INTERES PARTICIPANTES:

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG).

Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE).
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME).
Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN).
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI).
Academia Nacional de Medicina.
Colegio Médico Colombiano.
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
Instituto Nacional de Salud.
CAFAM IPS.
Centro Médico Imbanaco.
Clínica de Occidente.
Clínica de la Mujer.
Clínica del Norte.
Clínica Materno Infantil Farallones.
Clínica el Rosario.
Clínica el Prado.
Fundación Cardioinfantil.
Fundación Valle de Lilí.
Fundación Santafé.
Hospital Militar.
Hospital San José.
Hospital Simón Bolívar.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Universidad de Antioquia.

Universidad del Quindío.

Universidad Libre.

Universidad Surcolombiana.

USUARIOS PROFESIONALES PARTICIPANTES EN CONSENSOS DEL GDG

Asociación Boyacense de Ginecología y Obstetricia (Tunja)	Vilma Castilla Puentes	Ginecóloga y Obstetra
Asociación Colombiana de Enfermería.	Rosalba Bernal Prieto	Enfermera
Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología.	Jimmy Castañeda Castañeda	Ginecólogo y Obstetra
Asociación Colombiana de Infectología	Sandra Beltrán	Infectóloga Pediatra
Asociación Colombiana de Infectología	Martha Álvarez	Infectóloga Pediatra
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Meta (Villavicencio)	Liliana Logreira Nivia	Ginecóloga y Obstetra
Asociación Santandereana de Ginecología y Obstetricia (Bucaramanga)	Mónica Beltrán	Ginecóloga y Obstetra
CAFAM IPS (Bogotá)	Pablo Alberto Castiblanco	Ginecólogo y Obstetra
CAFAM IPS (Bogotá)	Jacqueline Ramírez	Médica Cirujana
CAFAM IPS (Bogotá)	Diego Benavides Valderrama	Médico cirujano
Centro Médico Imbanaco (Cali)	Gustavo Adolfo Vásquez	Ginecólogo y Obstetra
Clínica de Occidente (Bogotá)	Germán Ruiz	Ginecólogo y Obstetra
Clínica del Norte (Cúcuta)	Sergio E. Urbina	Ginecólogo y Obstetra/Intensivista
Clínica El Rosario (Medellín)	Germán Monsalve Mejía	Anestesiólogo
Clínica Materno Infantil Farallones (Cali) -	Jorge Ricardo Paredes	Ginecólogo y Obstetra/Perinatólogo
Cooperativa SOGOS (Medellín)	Ana María Ángel de la Cuesta	Ginecóloga y Obstetra
Fundación Cardioinfantil (Bogotá)	Ivohne Corrales Cobos	Pediatra/ Neonatóloga
Fundación GRICIO (Cartagena)	José Antonio Rojas	Internista/Intensivista
Fundación Santafé (Bogotá)	Diego Portilla Quevedo	Ginecólogo y Obstetra
Fundación Valle de Lilí (Cali)	Fernando Rosso Suarez	Infectólogo
Hospital Militar (Bogotá)	Ivonne Díaz Yamal	Ginecóloga y Obstetra
Hospital San José (Bogotá)	José Luis Rojas Arias	Ginecólogo y Obstetra
Hospital San José (Bogotá)	Edgar Acuña Rojas	Ginecólogo y Obstetra
Hospital Simón Bolívar(Bogotá)	Jorge Augusto Rodríguez	Ginecólogo y Obstetra
Hospital Universitario del Valle (Cali)	Javier A. Carvajal	Ginecólogo y Obstetra

		/ Intensivista
Instituto Nacional de Salud	Liliana Jazmín Cortés Cortés	Profesional especializado-Grupo de Parasitología
Instituto Nacional de Salud	Liliana Cuevas	Profesional especializado Grupo Maternidad Segura
Instituto Nacional de Salud	Sara García	Profesional especializado Maternidad Segura
Instituto Nacional de Salud	Martha Lucía Londoño	Profesional especializado Grupo no transmisibles
Instituto Nacional de Salud	Yomar González	Profesional especializado
Instituto Nacional de Salud	Amparo Sabogal	Profesional especializado
Instituto Nacional de Salud	Isabel Peña	Profesional especializado
Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá)	Ana María Bertolotto Cepeda	Pediatra Neonatóloga
Universidad de Antioquia (Medellín)	Luz Mariela Manjarrés	Nutricionista
Universidad de Antioquia (Medellín)	Sandra Restrepo	Nutricionista
Universidad Libre (Cali)	Darío Santa Cruz	Ginecólogo y Obstetra
Universidad del Norte (Barranquilla)	Carlos Malabet Santoro	Ginecólogo y Obstetra
Universidad Nacional de Colombia (Bogotá)	Edith Ángel Muller	Ginecóloga y Obstetra
Universidad Nacional de Colombia (Bogotá)	Gabriel Lonngi	Pediatra Neonatólogo
Universidad Nacional de Colombia (Bogotá)	Santiago Currea Guerrero	Pediatra Neonatólogo
Universidad Surcolombiana (Neiva)	Sandra Olaya Garay	Ginecóloga y Obstetra/ Intensivista
Sociedad Colombiana de Anestesiología	Mauricio Vasco Ramírez	Anestesiólogo

Tabla de contenido

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN 23

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES..... 25

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN..... 70

OBJETIVO DE LA GPC..... 75

ÁMBITO ASISTENCIAL..... 76

ALCANCE..... 76

ASPECTOS CLÍNICOS NO ABORDADOS POR LA GUÍA 80

SECCIÓN METODOLÓGICA 82

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DESARROLLADOR (GDG)..... 83

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS..... 83

DEFINICIÓN DE ALCANCE Y OBJETIVOS 84

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS 85

DETERMINACIÓN DE DESENLACES..... 88

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS EN FORMATO “PICO” 89

DECISIÓN SOBRE DESARROLLO O ADAPTACIÓN..... 90

PROCESO DE ADAPTACIÓN Y DESARROLLO DE NOVO 95

Primera Fase. 95

Segunda Fase. 96

Tercera Fase. 97

DESARROLLO DE NOVO 98

Planeación de la revisión: 98

Realización de la revisión:..... 99

Selección, evaluación, síntesis y graduación de la evidencia: 100

FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES 100

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES 103

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS GRUPOS INTERESADOS 105

METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE EVALUACIONES ECONÓMICAS 107

DEFINICIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA 107

Enmarcación de la Evaluación Económica 109

DECISION SOBRE DESARROLLO O ADAPTACION DE LA EE 110

Revisión Sistemática de Literatura Económica 110

Definición de la realización EE de novo 112

REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA 113

Proceso de estimación de costos 113

Proceso de estimación de resultados 114

CONSENSOS Y SOLUCIÓN DE DIVERGENCIAS 115

PLAN PARA EL DESARROLLO DEL COMPONENTE DE IMPLEMENTACION DE LA GPC 116

SECCIÓN 1. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO. 122

SECCIÓN 2. ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO 267

SECCIÓN 3. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) 323

SECCION 4. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: TOXOPLASMOSIS 369

SECCIÍN 5. DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ANOMALÍAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Y DISTÓCICO. 399

SECCIÓN 6. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO (HEMORRAGIA POSPARTO Y COMPLICACIONES DEL CHOQUE HEMORRÁGICO POR PLACENTA PREVIA, ABRUPCIO DE PLACENTA Y HEMORRAGIA POSPARTO). 479

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO 523

ABREVIATURAS 557

GLOSARIO DE TÉRMINOS 561

REFERENCIAS 569

INTRODUCCIÓN

Una Guía de Práctica Clínica (GPC) es un conjunto de recomendaciones dirigidas a apoyar a los profesionales de la salud, pacientes y grupos de interés en la toma de decisiones, que permitan una atención en salud integral basada en la mejor evidencia respecto de las opciones disponibles de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para situaciones clínicas o problemas de salud específicos.

Las GPC pretenden contribuir con el incremento de la capacidad resolutiva de los prestadores de servicios de salud, fomentando el mejoramiento continuo mediante la definición de estándares y el desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad de la atención que conlleven la disminución de la variabilidad de manejo frente a una situación clínica determinada. Así mismo, una GPC propende por la actualización y educación continua del talento humano en salud y por el mejoramiento de la comunicación médico-paciente.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, en asocio con grupos expertos, adelantó el desarrollo de un grupo de guías en temas prioritarios para la salud de la población colombiana. Se espera que las guías promuevan el uso racional de los recursos cada vez más escasos de salud y faciliten la implementación de procesos administrativos, científicos y logísticos de las patologías o condiciones de salud abordadas.

En consecuencia, el componente clínico de desarrollo de las guías en conjunto con la Evaluación Económica (EE) de las alternativas seleccionadas como las más costo-efectivas, hacen parte de lo que el Ministerio de Salud y Protección Social ha denominado Guías de Práctica Clínica (GPC), las cuales incluyen además un tercer componente de Evaluación de Impacto Presupuestal (EIP) y orientan la toma de decisiones a nivel gubernamental. Estos tres componentes se desarrollan de manera articulada, integral y continua, y pretenden contribuir al fortalecimiento de las políticas y programas de salud que garanticen

integralmente la salud individual y colectiva en condiciones de calidad, equidad y eficiencia, con impacto en los resultados de salud de la población en general.

DERECHOS DE AUTOR

De acuerdo con el artículo 20 de la Ley 23 de 1.982, los derechos patrimoniales de esta obra pertenecen al Departamento de Ciencia, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS (institución que otorgó el apoyo económico y realizó la supervisión de su ejecución) y al Ministerio de Salud y Protección Social (institución que diseñó los lineamientos generales para la elaboración de guías de atención integral en el país), sin perjuicio de los derechos morales a los que haya lugar de acuerdo con el artículo 30 de la misma ley.

Esta guía hace parte de un grupo de 25 GPC basadas en la evidencia que incorporan consideraciones económicas y de implementabilidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y que se desarrollaron por iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social en temas prioritarios y de alta prevalencia en el país mediante contrato otorgado a la Universidad Nacional de Colombia en el año 2.010.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

El desarrollo de la presente GPC ha sido financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS), mediante Contrato No. 161 de 2.010 suscrito con la Universidad Nacional de Colombia, institución seleccionada entre quienes se presentaron a la Convocatoria 500 de 2.009 para la elaboración de GPC en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

DECLARACIÓN DE INDEPENDENCIA EDITORIAL

Las entidades financiadoras han brindado acompañamiento a la elaboración del presente documento garantizando con ello la transferibilidad y aplicabilidad de su contenido al contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Sin embargo, el

trabajo científico de investigación así como la elaboración de las recomendaciones incluidas en el presente documento, fue realizado de manera independiente por el Grupo Desarrollador de Guías (GDG) de la Universidad Nacional de Colombia.

Todos los miembros del GDG, así como las personas que han participado tanto en la colaboración experta y en la revisión externa, realizaron declaración de conflictos de interés.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DESARROLLADOR:

a. Expertos Temáticos y asesores metodológicos

El equipo desarrollador estuvo compuesto por científicos de primera línea y expertos nacionales e internacionales con experiencia y reconocimiento en el tema objeto de la GPC; el grupo de expertos temáticos estuvo acompañado de profesionales con formación en epidemiología, investigación cualitativa, expertos en psicología, atención primaria, evaluaciones económicas, y un grupo de dirección que brindó soporte académico y administrativo a lo largo del proceso.

b. Usuarios de la Guía

El equipo desarrollador de la GPC contó con la participación de representantes de los diferentes usuarios de la GPC, es decir trabajadores del área de la salud tales como médicos generales, médicos obstetras y ginecólogos, anestesiólogos, infectólogos, intensivistas, profesionales de enfermería, psicólogos y otros profesionales de la salud involucrados en el manejo del embarazo, parto y puerperio en Colombia.

c. Pacientes

El equipo desarrollador contó con la participación de 16 pacientes relacionadas con los diferentes temas de la GPC, los cuales fueron involucrados en todas las etapas del proceso de construcción de la Guía. En particular, se contó con la colaboración permanente de

cuatro (4) representantes de pacientes que permitieron la evaluación e incorporación constante de sus valores y preferencias en el desarrollo del proceso.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los responsables y participantes en la generación de las recomendaciones de esta guía declaran no tener conflictos de interés frente a las mismas, no haber recibido donaciones o beneficios por parte de los grupos interesados en las recomendaciones y no hacer parte de grupos profesionales con conflictos de interés. La elaboración, desarrollo y publicación de las recomendaciones contaron con el soporte financiero exclusivo del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS y los derechos de autor son propiedad de los mismos.

ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA:

Las recomendaciones de esta guía deben actualizarse a los siguientes tres (3) años a partir de su expedición siguiendo la guía metodológica establecida o previamente en caso de disponer de nuevas evidencias que modifiquen de manera significativa las recomendaciones aquí anotadas.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

PREGUNTAS SOBRE INTERVENCIONES

1++	Meta análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+. Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

√	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y en el consenso del GDG.
↑	Recomendación clave para la implementación.

PREGUNTAS SOBRE DIAGNÓSTICO

Adaptación del NICE de los niveles de Evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination.

Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1.
Ib	Estudios de nivel 1.
II	Estudios de nivel 2. Revisión sistemática de estudios de nivel 2.
III	Estudios de nivel 3. Revisión sistemática de estudios de nivel 3.
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de nivel 1	Cumplen: • Comparación enmascarada con una prueba de referencia (patrón de oro) válida. • Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia (patrón de oro) inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón de oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón de oro). • Comparación no enmascarada. • Estudios casos-control.
Estudios de nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES.

↑	Recomendación clave para la implementación.

SECCIÓN 1. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO.

1. ¿QUÉ PROFESIONAL DEBE LLEVAR A CABO EL CONTROL PRENATAL?

A	Se recomienda ofrecer a las mujeres con un embarazo de curso normal modelos de control prenatal dirigidos por profesionales en medicina general o en enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno–perinatal**.**
A	La participación rutinaria de gineco-obstetras (GO) en la atención de mujeres con un embarazo de curso normal no está recomendada para la mejoría de los resultados perinatales. Sin embargo, se recomienda la valoración del GO en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo.
A	Se recomienda que el control prenatal sea proporcionado por un pequeño grupo de profesionales con los que la gestante se sienta cómoda. Debe haber continuidad de la atención durante el período prenatal.
√	Se recomienda contar con un sistema de referencia claro para que las mujeres embarazadas que requieran cuidados adicionales sean atendidas por gineco-obstetras cuando se identifiquen riesgos durante el control prenatal.

2. ¿CUÁL DEBE SER LA DURACIÓN DE UNA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL?

D	Se recomienda realizar el primer control prenatal en el primer trimestre, idealmente antes de la semana 10 de gestación.
D	Se recomienda que la cita de inscripción al control prenatal y la primera cita de control prenatal tengan una duración de 30 minutos. Para los siguientes controles se recomienda una duración de 20 minutos.
√	Cuando una gestante comience tardíamente su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para los controles previos, así como aquéllas que corresponden a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que un primer control prenatal tardío se haga con una duración de 40 minutos.

3. ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA Y NÚMERO DE CITAS DE CONTROL PRENATAL QUE DEBE RECIBIR UNA GESTANTE CON EMBARAZO DE CURSO NORMAL?

B	Si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, se recomienda un programa de diez citas. Para una mujer multípara con un embarazo de curso normal se recomienda un programa de siete citas.
B	No se recomienda un programa de control prenatal con un número reducido de citas porque se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal.
D	Se recomienda que las mujeres al principio del embarazo reciban información adecuada y por escrito sobre el número probable de citas, su duración y el contenido, explicando

	las diferentes opciones de atención y dando la oportunidad de discutir este plan con el equipo de salud.
D	Se recomienda que cada cita de control prenatal deba estar estructurada con un contenido definido que permita una evaluación integral. Estas citas deben incorporar pruebas de rutina e investigaciones orientadas a minimizar las complicaciones.

4. ¿QUÉ REGISTROS DOCUMENTALES SE DEBEN DILIGENCIAR DURANTE LAS CITAS DE CONTROL PRENATAL?

A	Se recomienda realizar una historia clínica de control prenatal con registros estructurados de maternidad.
A	Se recomienda que los servicios de obstetricia ofrezcan un sistema que garantice que las gestantes porten los datos de su control prenatal (carné materno), el cuál esté disponible y sea actualizado en cada cita.
√	Se sugiere la implementación de una lista de chequeo acorde con los objetivos de cada cita de control prenatal.

5. ¿CÓMO DEBE REALIZARSE LA DETECCIÓN DE RIESGO EN EL CONTROL PRENATAL Y CUAL ES SU UTILIDAD EN GESTACIONES DE CURSO NORMAL?

A	Se recomienda que las gestantes de bajo riesgo reciban en el momento de la inscripción al control prenatal, y luego en cada trimestre, una valoración de riesgo psicosocial. Si se identifica riesgo se deben remitir a una consulta especializada garantizando la continuidad con el grupo a cargo del control.
B	Se recomienda en cada trimestre del embarazo evaluar en la gestante, el estrés materno crónico, la ansiedad, los trastornos del sueño y el pobre apoyo de la red social.
B	Se recomienda identificar la depresión materna mediante un tamizaje trimestral durante el control prenatal porque las mujeres con depresión durante el embarazo tienen mayor riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer.
B	Se recomienda evaluar el riesgo biológico y psicosocial en todas las gestantes mediante la escala de Herrera & Hurtado con el objeto de identificar aquellas gestantes que pueden continuar su control con enfermería y medicina general y aquellas que necesitan seguir su control con el obstetra y/o un grupo multidisciplinario.

6. ¿CUÁL ES EL MANEJO RECOMENDADO DE LAS MUJERES CON ANTECEDENTE DE UNA CESÁREA DURANTE EL CONTROL PRENATAL?

B	Se recomienda que las mujeres con antecedente de una cesárea discutan con el equipo de salud a cargo de su control prenatal, los riesgos y beneficios que conlleva para ella y el recién nacido el parto vaginal comparado con la cesárea electiva.
A	Se recomienda informar a las mujeres que opten por una prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa, que la probabilidad de parto vaginal es de 74%.
D	Se recomienda que el control prenatal de una mujer embarazada con antecedente de una cesárea sin otros factores de riesgo se realice en una institución de baja complejidad; en la semana 32 debe ser remitida para valoración por gineco-obstetra

	para definir la vía del parto, la cual debe ser concertada con la gestante antes de la semana 36 y debe quedar documentada en la historia clínica.

7. ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBE PROPORCIONAR EL PERSONAL DE SALUD A LA GESTANTE DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES Y CÓMO DEBE SER PROPORCIONADA?

B	Se recomienda proporcionar a las mujeres embarazadas la siguiente información durante los controles prenatales: • **Durante la inscripción al control prenatal (idealmente antes de la semana 10):** - Consejería sobre nutrición y dieta. - El tipo y frecuencia de ejercicio físico recomendado en el embarazo, incluyendo ejercicios de piso pélvico. - Curso de preparación para el embarazo, el parto y puerperio. - Problemas de salud mental. - Detección de violencia Intrafamiliar. - Tamización de cáncer de cuello uterino. **En el primer contacto con un profesional de la salud**: - Consejería sobre estilos de vida, incluyendo intervenciones sobre cesación de tabaquismo, y las implicaciones del uso de drogas adictivas y el consumo de alcohol en el embarazo. • **Antes o a la semana 36:** - La preparación para el parto, incluyendo información sobre cómo manejar el dolor durante el trabajo de parto y planear el parto. - Enseñar signos para reconocer el inicio del trabajo de parto. - Cuidados del recién nacido. - Auto-cuidado postnatal. - Planificación familiar. • **A las 38 semanas:** - Opciones para el manejo del embarazo prolongado.
√	En cada cita de control prenatal, el profesional de la salud debe ofrecer información y explicaciones claras de cada actividad, así como ofrecer a las gestantes la oportunidad de discutir sus dudas y hacer preguntas en un ambiente donde la discusión se facilite, bien sea individual o grupalmente. La información debe ser dada en una forma fácil de entender y accesible para las mujeres embarazadas con necesidades adicionales, tales como discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje y para las mujeres embarazadas que no hablen o lean español.
√	Se sugiere complementar esta información con la "GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: versión para pacientes", así como con el uso de otros recursos tales como publicaciones nacionales y locales, folletos y videos e información interactiva vía web.

8. ¿CUÁLES SON LAS ACTIVIDADES RUTINARIAS RECOMENDADAS EN EL CONTROL PRENATAL DE EMBARAZOS DE CURSO NORMAL?

B	Se recomienda registrar el Índice de Masa Corporal (IMC) de la gestante en la cita de inscripción al control prenatal (alrededor de la semana 10) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo a los siguientes parámetros: •IMC < 20 kg/m^2 = ganancia entre 12 a 18 Kg •IMC entre 20 y 24,9 kg/m^2 = ganancia entre 10 a 13 Kg •IMC entre 25 y 29,9 kg/m^2 = ganancia entre 7 a 10 Kg •IMC > 30 kg/m^2 = ganancia entre 6 a 7 Kg
B	Se recomienda debido a su alto riesgo de parto pretérmino, remitir a la gestante con IMC <20 kg/m^2 a un plan de manejo nutricional especifico.
B	Si la inscripción al control prenatal es tardía (después de la semana 16 – 18) se recomienda registrar el IMC pregestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación.
B	Se recomienda realizar seguimiento de la ganancia de peso en cada uno de los controles prenatales; la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado.
√	No se recomiendan orientaciones nutricionales encaminadas a bajar de peso durante la gestación.
B	Se recomienda la medición y registro de la Presión Arterial Media (PAM) en todos los controles prenatales por su capacidad para predecir la preeclampsia.
√	Se recomienda medir la presión arterial tal como se indica a continuación: • Quite la ropa apretada, asegúrese que el brazo está relajado y con apoyo a nivel del corazón. • Use un manguito de tamaño apropiado. • Infle el brazalete hasta 20-30 mmHg por encima de la presión arterial sistólica palpada. • La columna debe bajar lentamente a razón de 2 mmHg por segundo por latido. • Mida la presión arterial diastólica hasta la desaparición de los sonidos (fase V).
A	No se recomienda el examen prenatal rutinario de las mamas porque no hay evidencia que sea efectivo en la promoción de la lactancia materna, la detección de cáncer de mama o en la satisfacción materna con la atención en el control prenatal.
A	En ausencia de indicación clínica, no se recomienda la evaluación cervical digital repetida (tacto vaginal) porque no ha mostrado ser efectiva en determinar la edad gestacional, predecir el parto pretérmino o detectar la desproporción cefalopélvica.
D	Se recomienda que los profesionales de la salud permanezcan alertas a los síntomas o signos de violencia intrafamiliar. Las gestantes deberán tener la oportunidad de discutir la violencia intrafamiliar en un ambiente en el cual se sientan seguras.
B	Se recomienda, como parte del tamizaje de violencia doméstica, que a la mujer embarazada se le pregunte: • **¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera? • **¿DESDE QUE ESTÁ EMBARAZADA,** ha sido golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera? • **¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, fue forzada a tener relaciones sexuales?

	Si la respuesta es positiva a una de las anteriores, se debe reportar el caso y orientar a la gestante a recibir apoyo de un equipo multidisciplinario.
C	Se recomienda que al inicio del control prenatal, los profesionales de la salud indaguen por antecedentes relevantes de trastornos mentales. Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave se debe garantizar su atención en un servicio especializado de salud mental.
C	Se recomienda que en el primer control prenatal, en la semana 28 de gestación y en la consulta de puerperio se identifique el riesgo de depresión postparto mediante dos preguntas: • Durante el mes pasado, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia? • Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas? • Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde "sí" a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda?
A	En las pacientes en que se detecte alto riesgo de depresión postparto se recomienda garantizar una intervención en el postparto inmediato.

9. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA NÁUSEA Y EL VÓMITO EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO?

B	A juicio del médico tratante, las intervenciones recomendadas para la reducción de la nausea y el vómito incluyen el jengibre, los antihistamínicos y la vitamina B6.
√	Se recomienda que las mujeres reciban información acerca de los aspectos relacionados con la náusea y el vómito en la gestación, incluyendo que la mayoría de los casos en el embarazo se resuelven espontáneamente antes de la semana 16 a 20 de gestación, y no suelen estar asociados con un resultado adverso del embarazo.

10. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL REFLUJO/EPIGASTRALGIA DURANTE EL EMBARAZO?

C	Se sugiere el uso de antiácidos en aquellas gestantes en quienes la pirosis siga siendo un problema a pesar de modificaciones en su estilo de vida y dieta.
√	Se recomienda ofrecer información a las gestantes que presentan síntomas de pirosis en cuanto a cambios en su estilo de vida y modificación de la dieta.

11. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN LA MUJER EMBARAZADA?

A	Se recomienda que a las mujeres que presentan estreñimiento en el embarazo se les prescriba una dieta rica en fibra. Si no se obtiene mejoría se sugiere el uso de laxantes, considerando sus posibles efectos secundarios.

12. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES EN LA MUJER EMBARAZADA?

B	Se recomienda ofrecer a las gestantes información relacionada con la modificación de la dieta en presencia de síntomas de hemorroides. Si los síntomas clínicos siguen siendo molestos, se puede considerar el uso de cremas antihemorroidales.
B	No se recomienda el uso de rutósidos durante el embarazo para mejorar los síntomas de hemorroides.

13. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME VARICOSO EN LA MUJER EMBARAZADA?

A	Se recomienda el uso de medias de compresión para mejorar los síntomas del síndrome varicoso en la gestante.
√	Se recomienda informar a las mujeres gestantes que las várices son comunes en el embarazo.

14. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR EN LA MUJER EMBARAZADA?

B	Se recomienda que las mujeres sean informadas que el ejercicio en el agua, la fisioterapia y las clases individuales o en grupo orientadas al cuidado de la espalda pueden ayudar a aliviar el dolor lumbar durante el embarazo.

15. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PUBALGIA EN LA MUJER EMBARAZADA?

B	Se sugiere la remisión a fisioterapia durante el control prenatal para disminuir la pubalgia asociada al embarazo.

16. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES SON RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO EN LA MUJER EMBARAZADA?

√	Se recomienda informar a las gestantes que el síndrome de túnel del carpo es una queja común durante el embarazo y que debe discutir las opciones de tratamiento con el equipo de salud a cargo de su control prenatal.

17. ¿CUÁLES VACUNAS DEBEN APLICARSE EN EL EMBARAZO?

A	Se recomienda la vacunación contra la influenza estacional con virus inactivos durante la gestación.
A	Se recomienda que para garantizar la protección contra el tétanos materno y neonatal, las mujeres embarazadas que nunca han sido vacunadas contra el tétanos o se desconoce su esquema de vacunación, reciban tres dosis de Toxoide tetánico (Td) con el

	esquema: una dosis inicial, otra a las 4 semanas y la tercera 6 a 12 meses después de la dosis inicial.
D	Después de la semana 20 se recomienda sustituir una dosis de Td por una dosis de Toxoide y *Bordetella pertussis* (Tdap) para prevenir la infección por este agente en los niños menores de 3 meses.
D	No se recomienda que las mujeres embarazadas sean vacunadas contra la hepatitis B para prevenir la infección en el recién nacido.
D	Dado que los efectos adversos de los virus vivos atenuados no han sido suficientemente estudiados, no se recomienda que las mujeres embarazadas sean vacunadas contra la varicela.
D	La seguridad de la vacunación contra la fiebre amarilla durante el embarazo no ha sido bien establecida. Se recomienda administrar la vacuna sólo si se va a viajar a áreas endémicas.

18. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS RECOMENDADAS PARA DETERMINAR EL CRECIMIENTO FETAL DURANTE EL CONTROL PRENATAL?

B	Se recomienda la medición rutinaria de la altura uterina en todas las consultas de control prenatal, preferiblemente por el mismo profesional de la salud para disminuir la variación interobservador. Después de la semana 24 se recomienda su registro en una gráfica de progresión.
B	Se recomienda el uso de la ecografía obstétrica cuando la altura uterina es menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.
B	Se recomienda que para calcular el peso fetal por ecografía se utilice la formula de Hadlock 4 incluida en el software de los equipos de ultrasonido.
A	No se recomienda el Doppler de arterias umbilicales para la detección de alteraciones del crecimiento fetal en embarazo de curso normal.

19. ¿ESTÁ RECOMENDADA LA ECOGRAFÍA DURANTE EL EMBARAZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ALTERACIONES FETO-PLACENTARIAS?

A (↑)	Se recomienda realizar una ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días con el fin de: (1) Mejorar la evaluación de la edad gestacional utilizando la longitud céfalo-caudal fetal. (2) Detectar precozmente los embarazos múltiples. (3) Detectar algunas malformaciones fetales mediante la translucencia nucal, la cual debe ser medida por profesionales con entrenamiento y certificación.
√	Se recomienda que las gestantes con antecedentes de embarazo ectópico, recanalización de trompas de Falopio, dispositivo intrauterino (DIU) in situ o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se les realice una ecografía transvaginal tempranamente para confirmar la localización del embarazo y ayudar a clasificar el riesgo.
A (↑)	Se recomienda realizar rutinariamente una ecografía de detalle, por profesionales con entrenamiento y certificación, entre la semana 18 y semana 23+6 días para la detección de anomalías estructurales.
B	Se recomienda que las mujeres sean informadas de las limitaciones de la ecografía de rutina, con énfasis en las variaciones en las tasas de detección según el tipo de anomalía fetal, el índice de masa corporal de la mujer y la posición del feto en el momento de la

	exploración.
B (↑)	No se recomienda la ecografía rutinaria después de la semana 24 de gestación en gestantes de embarazos de curso normal, pues no hay evidencia que la ecografía de rutina en el tercer trimestre de la gestación mejore los resultados perinatales y puede por el contrario aumentar el número de cesáreas no indicadas.

20. ¿CUÁLES PRUEBAS Y EN QUÉ MOMENTO SE DEBEN UTILIZAR PARA MONITOREAR EL BIENESTAR FETAL DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE EMBARAZOS DE CURSO NORMAL?

A	No se recomienda que el personal de salud instruya, a la gestante con embarazo de curso normal, monitorizar los movimientos fetales de rutina utilizando límites de alarma específicos, ya que esto no mejora los resultados perinatales y se asocia con un incremento de la ansiedad materna.
C	Si la gestante percibe que el patrón de movimientos fetales ha disminuido después de la semana 28 de gestación, se recomienda instruirla en guardar reposo en decúbito lateral y concentrarse en los movimientos fetales por 2 horas; si no percibe 10 o más movimientos discretos en este periodo de tiempo, la gestante debe contactar inmediatamente al servicio de salud.
B	No se recomienda el uso rutinario de la monitoría fetal sin estrés en pacientes con embarazo de curso normal, pues no se ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
B	No se recomienda el uso rutinario del Doppler de arteria umbilical sólo o en combinación con el Doppler de arteria uterina en gestantes con embarazo de curso normal, pues no se ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
C	No se recomienda el uso rutinario del Perfil Biofísico Fetal (PFB) en pacientes con embarazo de curso normal, pues no se ha demostrado ningún beneficio materno o fetal asociado.

21. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES GENERALES PARA LAS GESTANTES CUANDO VIAJAN EN AVIÓN O EN AUTOMÓVIL?

B	Se recomienda que las mujeres embarazadas sean informadas sobre el uso correcto del cinturón de seguridad en la gestación.
B	Aunque en la actualidad no es claro si hay o no un riesgo adicional, se recomienda informar a las mujeres embarazadas que los viajes aéreos de larga distancia podrían asociarse con un aumento de riesgo de trombosis venosa. El mejor momento para viajar es entre las semanas 14 y 28 de gestación, tomando algunas medidas que eviten la deshidratación y garanticen la movilidad corporal.
√	Se recomienda que el personal de salud informe a las gestantes los riesgos de viajar en automóvil o en avión y se tomen las decisiones en conjunto.

22. ¿QUE ACTIVIDAD LABORAL ESTA CONTRAINDICADA EN EL EMBARAZO?

C	Se recomienda que las mujeres gestantes sean informadas que no está contraindicado continuar con su actividad laboral durante el embarazo.
√	Se recomienda evaluar individualmente la ocupación de la mujer durante el embarazo para identificar a aquellas en mayor riesgo.

23. ¿CUÁNDO ESTÁ RECOMENDADA LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL DURANTE LA GESTACIÓN?

A	Se recomienda que la gestante sea referida para valoración por nutrición al momento de la inscripción al control prenatal, con el fin de establecer su diagnóstico nutricional y definir un plan de manejo.
A	Durante el control prenatal se recomienda el desarrollo rutinario de intervenciones basadas en actividad física y asesoría nutricional, combinada con la supervisión adicional de la ganancia de peso para evitar la ganancia excesiva de peso en el embarazo.
A	No se recomienda la prescripción rutinaria de complementos nutricionales hiperprotéicos o una dieta isocalórica con base en sólo proteínas, ya que no se ha encontrado ningún efecto benéfico en la materna y puede causar daño fetal.
A	No se recomiendan dietas hipocalóricas en las gestantes que cursan con exceso de peso o que presentan una ganancia excesiva durante el embarazo, ya que no se ha encontrado ningún efecto benéfico en la materna y pueden causar daño fetal.

RECOMENDACIÓN DE EQUIDAD

√	Se sugiere el uso de suplemento proteico-energético equilibrado (las proteínas proporcionan menos del 25% del contenido total de energía), para disminuir disparidades en la mortalidad fetal en mujeres embarazadas en desventaja, es decir, mujeres malnutridas o en riesgo de inseguridad alimentaria.

24. ¿CUÁLES SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ESTÁN RECOMENDADOS EN EL EMBARAZO?

A	Se recomienda la suplencia con 400 microgramos / día de ácido fólico desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de embarazo para reducir el riesgo de tener un recién nacido con defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida).
√	A pesar de la evidencia actual, se recomienda el suplemento de hierro + ácido fólico de forma rutinaria a todas las gestantes con embarazo de curso normal. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.
A	Se recomienda la suplencia con carbonato de calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
A	No se recomienda el reemplazo del hierro + acido fólico por multivitaminas en gestantes con embarazo de curso normal para reducir la anemia materna.

B	No se recomienda la suplencia con vitamina D en el control prenatal de gestantes de bajo riesgo.
B	No se recomienda la suplencia con vitamina A en el control prenatal de gestantes de bajo riesgo.
√	Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o después de las comidas principales y no consumirse con leche.

25. ¿CUÁNDO ESTÁ RECOMENDADO EL CONTROL ODONTOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO?

A	Se recomienda que al momento de la inscripción al control prenatal, la gestante sea referida para valoración por odontología con el fin de recibir asesoría en higiene oral, establecer su diagnóstico de salud oral y definir un plan de manejo.
A	No se recomienda el tratamiento rutinario de la enfermedad periodontal como medida para disminuir la incidencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento o ruptura prematura de membranas.

26. ¿CUÁLES SON LAS ESTRATEGIAS MÁS EFECTIVAS PARA PROMOVER Y APOYAR LA LACTANCIA MATERNA?

B (↑)	Se recomienda ofrecer educación sobre lactancia materna a todas las gestantes desde su primer control prenatal, incluyendo técnicas y buenas prácticas que ayuden a la mujer a tener éxito en la lactancia materna, tal como se detalla en la "Iniciativa Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia" del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Ministerio de la Salud y Protección Social.
B (↑)	Se recomienda incluir en las estrategias de educación en lactancia materna al personal de salud, a la familia y a otros miembros de la comunidad (pares sociales).
C (↑)	Durante todo el control prenatal y postparto se recomienda la educación en lactancia materna mediante talleres y consejerías específicas para aquellas mujeres quienes expresan su decisión de lactar a sus hijos y para las que aún no han decidido el tipo de alimentación que les ofrecerán.
√	Se recomienda preguntar a la gestante: ¿Que conoce de la lactancia materna? en vez de ¿Planea Ud. lactar a su bebé o darle biberón?, como oportunidad de iniciar la educación en lactancia materna.

27. ¿QUÉ INFECCIONES SE RECOMIENDA TAMIZAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES CON EMBARAZO DE CURSO NORMAL?

A	Se recomienda ofrecer a las gestantes tamizaje de bacteriuria asintomática por medio de urocultivo y antibiograma, idealmente antes de la semana 16 de gestación o cuando la paciente ingrese al control prenatal.
A	Se recomienda el tratamiento de la bacteriuria asintomática con un esquema de siete días de acuerdo al perfil de resistencia y sensibilidad reportadas.
√	Se recomienda realizar seguimiento con urocultivo a las pacientes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática.
B	No se recomienda continuar el tamizaje de bacteriuria asintomática en las gestantes con

	un primer urocultivo negativo.
√	En caso de recidiva o resistencia de la infección por bacteriuria asintomática, se recomienda que la paciente sea referida a continuar su control por obstetricia.
A	No se recomienda ofrecer a las mujeres embarazadas asintomáticas tamizaje rutinario de vaginosis bacteriana, ya que la evidencia muestra que en embarazos de bajo riesgo no hay efectos benéficos del tratamiento sobre el parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas pretérmino ni otros resultados adversos en el embarazo.
B	No se recomienda ofrecer un programa de tamizaje de *Chlamydia trachomatis* como parte del control prenatal de rutina en mujeres asintomáticas.
B	En mujeres con embarazo de curso normal no se recomienda ofrecer tamizaje rutinario para citomegalovirus.
C	Se recomienda dar consejería sobre las medidas para prevenir la infección por citomegalovirus durante el embarazo, tales como: 1. Suponga que todos los niños menores de 3 años que tiene a su cuidado tienen citomegalovirus en la orina y la saliva. 2. Lávese bien las manos con jabón y agua después de: • Cambiar los pañales y manipular la ropa sucia de alimentos del niño. • Limpiar la nariz o la saliva del niño. • Manipular los juguetes, chupos o cepillos de dientes que estuvieron en contacto con saliva. 3. No compartir vasos, platos, utensilios, cepillos de dientes o alimentos. 4. No besar a su hijo en o cerca de la boca. 5. No compartir toallas o paños con su hijo. 6. No dormir en la misma cama con su hijo.
A	Se recomienda que el diagnóstico presuntivo del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se realice con prueba rápida o ELISA convencional de tercera generación en la cita de inscripción al control prenatal y en el tercer trimestre, ya que una intervención oportuna y adecuada puede reducir la transmisión de madre a hijo.
A	En mujeres con dos resultados reactivos de las pruebas presuntivas, se recomienda confirmar el diagnóstico de VIH con Western Blot.
D	Se recomienda que cada centro de atención disponga de un sistema de referencia adecuado que garantice que las mujeres diagnosticadas con la infección por VIH sean atendidas por un equipo de especialistas adecuado.
C	Se recomienda que las mujeres que se nieguen al tamizaje de VIH sigan recibiendo una atención prenatal óptima y sus argumentos deben quedar documentados en la historia clínica, promoviendo en los demás controles prenatales que se la realice.
A	En gestantes de zonas endémicas de malaria con fácil acceso a los servicios de salud, se recomienda el tamizaje de rutina para malaria con gota gruesa.
B	Para zonas endémicas de malaria con difícil acceso a los servicios de salud, se recomienda tratamiento intermitente con 3 dosis de sulfadoxina + pirimetamina a las semanas 26, 32 y cerca a la semana 36.
B	Desde el comienzo del embarazo y hasta el puerperio se recomienda tomar medidas preventivas específicas para prevenir la infección por malaria como los mosquiteros medicados, entre otras.
B	No se recomienda el tamizaje rutinario de parasitismo intestinal en gestantes asintomáticas.
A	Se recomienda que el tamizaje para rubéola sea ofrecido idealmente en la consulta preconcepcional y rutinariamente antes de la semana 16 de gestación.
B	Se recomienda ofrecer el tamizaje para sífilis a todas las gestantes desde la inscripción al

	control prenatal, ya que el tratamiento de la sífilis es beneficioso tanto para la madre como para el feto.
B	Se recomienda el tamizaje de rutina para la sífilis con pruebas serológicas en cada trimestre del embarazo. En caso de un resultado reactivo menor a 1:8 diluciones se debe realizar prueba confirmatoria mediante una prueba treponémica específica.
A	En caso de un resultado reactivo mayor o igual a 1:8 diluciones se recomienda el tratamiento con penicilina G benzatínica para las mujeres embarazadas.
√	Se recomienda el reporte y seguimiento de las mujeres embarazadas a quienes se les diagnostique sífilis de acuerdo a las directrices del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
A	Se recomienda ofrecer a las gestantes el tamizaje serológico para el virus de la hepatitis B, a fin de garantizar en el puerperio una intervención adecuada para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo.

28. ¿SE RECOMIENDA LA TAMIZACIÓN DEL ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B EN EL CONTROL PRENATAL DE EMBARAZOS DE CURSO NORMAL?

B (↑)	Se recomienda realizar la tamización de rutina para Estreptococo del Grupo B (EGB) durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal.
B (↑)	Si se detecta presencia de Estreptococo del Grupo B (EGB) en un urocultivo tomado en el último trimestre, se recomienda dar tratamiento intraparto sin necesidad de realizar la tamización con cultivo rectal y vaginal.

29. ¿CUALES SON LOS SÍNTOMAS QUE DEBEN CONSIDERARSE COMO INDICADORES DE ALARMA DE PATOLOGÍAS MÉDICAS QUE PUEDEN COMPLICAR EL EMBARAZO?

B	Se recomienda advertir a todas las gestantes la necesidad de consultar por urgencias si experimentan algunos de los siguientes síntomas asociados a preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP: • Cefalea severa. • Alteraciones visuales como visión borrosa o fosfenos. • Dolor epigástrico. • Vómito. • Edema matutino de cara, manos o pies.
B	Se recomienda advertir a las embarazadas que deben consultar por urgencias si se presenta sangrado durante el embarazo, ya que se asocia con resultados adversos como aborto, placenta previa, abrupcio de placenta, parto pretérmino, muerte fetal in útero y anomalías congénitas.
√	Se recomienda advertir a las embarazadas que el dolor abdominal tipo cólico irradiado a la espalda o a la cara anterior de los muslos, el aumento de las contracciones uterinas en comparación con el patrón anterior, el cambio en el color del moco vaginal, la pérdida de líquido claro, manchado o sangrado y la sensación de que el bebé ha descendido se asocian con aborto o parto pretérmino, por lo cual debe consultar por urgencias.
√	Se recomienda advertir a las gestantes que síntomas tales como debilidad, cansancio fácil y sensación de vértigo se pueden asociar con anemia, por lo cual debe consultar a su servicio de salud.
√	Se recomienda advertir a la gestante que si presenta fiebre, dificultad respiratoria y tos, debe consultar al servicio de salud.
√	Se recomienda advertir a la gestante que síntomas como disuria, poliaquiuria y

	hematuria, se asocian a infección de vías urinarias, la cual puede desencadenar parto pretérmino y ruptura prematura de membranas por lo cual debe consultar al servicio de salud.

30. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS RECOMENDADAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE GESTANTES CON RIESGO DE DESARROLLAR PATOLOGÍAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO?

B	Se recomienda que todas las gestantes con embarazo de curso normal sean tamizadas para anemia con hemoglobina y hematocrito, obtenidos como parte de un hemograma completo, en el momento de la inscripción al control prenatal, así como en la semana 28 de gestación con el fin de disponer de tiempo suficiente para el tratamiento de la anemia.
A	Se recomienda que los niveles de hemoglobina con niveles inferiores a 10 g/dL (o su equivalente ajustado a la altura sobre el nivel del mar) sean objeto de investigación y tratamiento con suplencia de hierro.
A	En gestantes con embarazos de curso normal no se recomienda el tamizaje rutinario para parto pretérmino. Pruebas como la gonadotrofina coriónica en suero materno, la proteína C reactiva sérica, los niveles cervicovaginales de fibronectina fetal y la cervicometria por ecografía transvaginal no han demostrado ser efectivas en predecir el riesgo de parto pretérmino en este tipo de gestantes.
B	No se recomienda la evaluación cervical digital repetida en ausencia de indicación clínica, para reducir la prevalencia del parto pretérmino.
B (↑)	Se recomienda que a todas las gestantes se les realice una Prueba de Tolerancia Oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación, teniendo en cuenta que los valores normales son: • Basal: < 92 mg/dL • 1 hora: < 180 mg/dL • 2 horas: <153 mg/dL
B (↑)	No se recomienda el tamizaje de diabetes gestacional usando glicemia basal ni uroanálisis para la detección de glucosa.
√	Con el fin de facilitar que la gestante tome decisiones acerca de la prueba para descartar diabetes gestacional, se recomienda que ésta sea advertida que: • En muchas mujeres, la diabetes gestacional responde a cambios en la dieta y el ejercicio. • Algunas mujeres (entre 10% y 20%) necesitarán hipoglicemiantes orales o insulina si la dieta y el ejercicio no son efectivos en el control de la diabetes gestacional. • Si la diabetes gestacional no es detectada y controlada hay un pequeño riesgo de complicaciones durante el parto como la distocia de hombros. • Un diagnóstico de diabetes gestacional obliga a incrementar la monitorización e intervenciones durante el embarazo y el parto.

SECCIÓN 2. ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO.

1. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO A TENER EN CUENTA PARA LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO?

B	Se recomienda tener en cuenta las siguientes condiciones que han mostrado estar asociadas a la aparición de preeclampsia: Factores de riesgo moderado: • Primer embarazo. • Edad mayor o igual a 40 años. • Intervalo intergenésico mayor a 10 años. • IMC mayor o igual a 35 kg/m^2 en la primera consulta. • Embarazo múltiple. • Antecedente familiar de preeclampsia. Factores de alto riesgo: • Trastorno hipertensivo en embarazo anterior. • Enfermedad renal crónica. • Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos. • Diabetes tipo 1 y 2. • Hipertensión crónica.

2. ¿QUÉ INTERVENCIONES ESTÁN RECOMENDADAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA?

A	Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con alto riesgo de preeclampsia. Las mujeres con alto riesgo son aquellas que presentan alguna de las siguientes características: • Antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo en embarazos previos. • Enfermedad renal crónica. • Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido. • Diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2 • Hipertensión crónica.
A	Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia. Los factores que indican un riesgo moderado para preeclampsia son los siguientes: • Primer embarazo. • Edad de 40 años o más. • Intervalo intergenésico mayor a 10 años. • Índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m² en la primera visita. • Antecedentes familiares de preeclampsia. • Embarazo múltiple.
A	Se recomienda la ingesta de calcio en dosis de 1.200 mg por día a todas las mujeres embarazadas a partir de la semana 14 de gestación.
A	No se recomienda el consumo de los siguientes suplementos, cuando se utilizan únicamente con

	el objetivo de prevenir hipertensión durante el embarazo: • Magnesio. • Ácido fólico. • Vitaminas C y E. • Aceites de pescado o aceites de algas. • Ajo. • Licopeno. • Coenzima Q10.
C	• Vitamina D.
A	No se recomienda el uso de ninguno de los siguientes medicamentos como prevención de hipertensión durante el embarazo: • Donantes de óxido nítrico. • Progesterona. • Diuréticos. • Heparinas de bajo peso molecular.

3. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES PARA LA ADECUADA MEDICIÓN DE LA PROTEINURIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA?

B	Se recomienda la medición de la proteinuria con tiras reactivas de lectura automatizada o usando la relación proteinuria – creatinuria en una muestra aislada en mujeres embarazadas con cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg.
B (↑)	Si se utilizan tiras reactivas de lectura automatizada para la detección de proteinuria significativa, y un resultado de 1+ o mayor es obtenido, se recomienda la confirmación de proteinuria significativa con la estimación de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada, o con la recolección de orina en 24 horas.
B (↑)	La proteinuria significativa se confirma si el valor de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada es mayor de 30 mg/mmol o si el resultado de proteína en orina recolectada en 24 horas es mayor a 300 mg.
A	Si se utiliza recolección de orina en 24 horas como método diagnóstico de proteinuria significativa, debe existir un protocolo establecido que asegure que la muestra sí es de 24 horas en el lugar donde se realiza la prueba.

4. ¿ESTÁN RECOMENDADAS LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS DE TIROSIN KINASA-1 FMS-LIKE SOLUBLE (SFLT-1), FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (P1GF), FACTOR ENDOTELIAL DE CRECIMIENTO VASCULAR (VEGF), ENDOGLINA SOLUBLE (EGS) Y SERPINA PARA LA PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA?

B	No se recomienda el uso rutinario de las siguientes pruebas serológicas: factor de crecimiento placentario (PlGF), inhibina A (IA), tirosine kinasa-1 fms-like soluble (sFlt-1), factor endotelial de crecimiento vascular (VEGF), endoglina soluble (EGs) y serpina, como pruebas predictoras de preeclampsia.

5. ¿ESTÁ RECOMENDADO EL USO DEL DOPPLER EN LA PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA EN PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN?

B	No se recomienda el uso rutinario del Doppler de arteria uterina durante la gestación como predictor de preeclampsia.

6. ¿CON QUÉ PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DEBE REALIZARSE EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA?

B	En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda monitorizar al menos dos veces por semana con función renal, deshidrogenasa láctiva (LDH), electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.
A	En mujeres con preeclampsia no severa, no se recomienda repetir cuantificación de proteinuria.
D	Se recomienda medir la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario para asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 6 en 24 horas en pacientes con preeclampsia no severa.

7. ¿CUÁL ES EL MANEJO CLÍNICO RECOMENDADO PARA MUJERES CON PREECLAMPSIA NO SEVERA?

D	Se recomienda que el manejo de las mujeres con preeclampsia sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
A	En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda la hospitalización y el tratamiento antihipertensivo. En mujeres con cifras tensionales superiores a 150/100 mmHg se recomienda manejo con labetalol o nifedipina oral como primera línea con los siguientes objetivos: • Lograr presión diastólica igual o menor de 90 mmHg. • Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.
C	Se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia en quienes se contraindique el uso de labetalol, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa o nifedipino.

8. ¿EN QUÉ MOMENTO ESTÁ RECOMENDADO EL PARTO EN MUJERES CON PREECLAMPSIA?

A	En general se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia (severa o no severa) un manejo conservador (es decir, no planear la interrupción de la gestación) antes de la semana 34.
A	El equipo obstétrico debe definir umbrales o límites para la madre y el hijo (con resultados bioquímicos, hematológicos y clínicos), para ofrecer parto electivo antes de la semana 34, mediante la escritura de un plan de manejo. En mujeres con preeclampsia antes de la semana 34 se recomienda ofrecer el parto, previo esquema de corticosteroides, y notificación al equipo neonatal y de anestesia, en caso de: • Hipertensión severa refractaria al tratamiento, o • Indicaciones maternas o fetales de acuerdo al plan descrito anteriormente.
A	En mujeres con preeclampsia severa después de la semana 34, se recomienda el parto cuando la presión arterial esté controlada y se complete un esquema de corticosteroides (si se consideró su

	uso) para maduración pulmonar fetal.
A	Se recomienda ofrecer el parto a las mujeres con preeclampsia no severa en la semana 37, o antes, dependiendo de las condiciones maternas y fetales (criterios de severidad) y la disponibilidad de una unidad de cuidado intensivo neonatal.

9. ¿CUÁL ES EL MANEJO CLÍNICO MÁS RECOMENDADO DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO ANTES DE LA SEMANA 20?

D	Se recomienda informar a las mujeres que toman inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y/o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) de: • El mayor riesgo de anomalías congénitas si estos medicamentos se toman durante el embarazo. • La importancia consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo en la planeación del embarazo. • La necesidad de detener la ingesta del tratamiento antihipertensivo idealmente dentro de los dos días siguientes a la notificación del embarazo y la necesidad de elegir alternativas terapéuticas.
D	En mujeres que toman diuréticos clorotiazídicos se recomienda que sean advertidas en los siguientes temas: • Informar a la mujer embarazada que puede haber un mayor riesgo de anomalías congénitas y complicaciones neonatales, si estos medicamentos se toman durante el embarazo. • Si planea un embarazo, se recomienda consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo.
D	Se recomienda informar a las mujeres que toman tratamientos antihipertensivos diferentes a IECAs, ARA-II o diuréticos clorotiazídicos, que existe poca evidencia disponible sobre estos tratamientos y que no han demostrado relación con la presentación de malformaciones congénitas.
A	En mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada se recomienda mantener la presión arterial por debajo de 150/100 mmHg.
A	No se recomienda reducir la presión arterial diastólica por debajo de 80 mmHg a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada.
D	Se recomienda remitir a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica secundaria, a un especialista en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
D	Se recomienda ofrecer a mujeres con hipertensión crónica, tratamientos antihipertensivos existentes dependiendo de los perfiles de efectos adversos y teratogenicidad.

10. ¿CUÁL ES EL MANEJO CLÍNICO RECOMENDADO DE MUJERES CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL?

D	Se recomienda que el manejo de la mujer con hipertensión gestacional sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
D	En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mmHg y 149/99 mmHg, se recomienda: • Realizar el monitoreo con pruebas diagnósticas recomendado en la sección de control prenatal para mujeres de bajo riesgo. • Realizar una consulta médica semanal a control prenatal para seguimiento de presión arterial y evaluación de proteinuria. • No utilizar ningún tratamiento antihipertensivo.
B	En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mm Hg y 149/99 mm Hg, se recomienda monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un

	sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria.
D	En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 150/100 mmHg y 159/109 mmHg, se recomienda: • Monitorizar una sola vez con función renal, electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas. • Realizar dos consultas médicas semanales a control. • Monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria. • No realizar monitoreos adicionales, si no se documenta proteinuria en las visitas posteriores. • Tratamiento antihipertensivo con labetalol o nifedipino oral como primera línea con los siguientes objetivos: o Lograr presión diastólica igual o menor a 90 mmHg. o Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg. Se recomienda la hospitalización sólo si no se puede garantizar el tratamiento y seguimiento indicados.
D	Se recomienda ofrecer a las mujeres con hipertensión gestacional en quienes se contraindique el uso de labetalol y nifedipino, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa.
D	Se recomienda que la paciente registre diariamente su presión arterial y que dichas mediciones sean verificadas por el profesional de la salud en cada visita.

11. ¿CUÁL ES EL MANEJO CLÍNICO RECOMENDADO DE MUJERES CON PREECLAMPSIA SEVERA ANTEPARTO E INTRAPARTO?

Tratamiento anticonvulsivante	
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a todas las mujeres con preeclampsia severa, con el fin de prevenir episodios eclámpticos.
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso como anticonvulsivante de elección a todas las mujeres con episodios eclámpticos.
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a mujeres con preeclampsia severa si se planea el parto en las siguientes 24 horas.
A	Se recomienda usar la administración de sulfato de magnesio acorde con las siguientes indicaciones: • Dosis de carga de 4 g intravenoso en 10 a 15 minutos, seguido de una infusión de 1 g/hora durante 24 horas. • Para convulsiones recurrentes, estas deben ser tratadas con dosis adicional de 2-4 g en 5 minutos.
A	No se recomienda el uso de diazepam, fenitoína o coctel lítico en mujeres con eclampsia.
Tratamiento antihipertensivo	
A	Se recomienda tratar mujeres con hipertensión severa, durante el embarazo o inmediatamente después del parto con uno de los siguientes medicamentos: • Labetalol (oral o intravenoso). • Hidralazina (intravenoso). • Nifedipino (oral).
D	En mujeres con hipertensión severa, se debe monitorizar la respuesta al tratamiento: • Para asegurar que la presión arterial baje. • Para identificar efectos adversos tanto de la madre como del feto. • Para modificar el tratamiento de acuerdo con la respuesta.
B	Se recomienda considerar el uso de cristaloides o expansores de volumen antenatalmente, antes o

	al mismo momento de la primera dosis de hidralazina intravenosa si este fue el antihipertensivo de elección.
D	En mujeres con hipertensión severa, se recomienda como objetivo tener por debajo de 140 mmHg la presión sistólica y por debajo de 90 mmHg la presión diastólica.
Utilización de líquidos o expansores de volumen	
B	No se recomienda la expansión rutinaria (cargas o bolos) de volumen con líquidos intravenosos en mujeres con preeclampsia severa.
B	Se recomienda en mujeres con preeclampsia, individualizar el volumen a infundir de líquidos endovenosos, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes no requiere más de 100 cc/hora.
Corticosteroides para maduración pulmonar fetal	
A	En mujeres con preeclampsia severa o hipertensión severa se recomienda: • Dar dos dosis de betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas) a las mujeres entre las semanas 24 y 34 de gestación.
D	• En situaciones donde exista duda sobre la madurez pulmonar por encima de la semana 34, puede considerarse dar dos dosis de betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas) a mujeres entre las semanas 35 y 36+6 días de gestación.
Parto vaginal o por cesárea	
C	Se recomienda escoger la vía de parto, de acuerdo con las circunstancias clínicas individuales.
D	Se recomienda preferir la vía vaginal para mujeres con hipertensión severa, preeclampsia severa o eclampsia si no existe indicación de cesárea.
Medición de presión arterial	
D	Se recomienda la medición de la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario hasta asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 12 en 24 horas en pacientes con preeclampsia severa.

12. ¿ESTÁ RECOMENDADO EL USO DE CORTICOSTEROIDES EN EL MANEJO DE MUJERES CON SÍNDROME HELLP?

A	No se recomienda utilizar dexametasona o betametasona en mujeres con síndrome HELLP.

13. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CIFRAS TENSIONALES MENORES A 160/110 mmHG Y COMPROMISO DE ÓRGANO BLANCO?

D	En mujeres embarazadas con cifras tensionales menores a 160/110 mmHg y compromiso de órgano blanco, se recomienda utilizar el mismo manejo antihipertensivo recomendado para el tratamiento de mujeres con hipertensión severa o preeclampsia severa.

14. ¿CUÁL ES EL MONITOREO FETAL RECOMENDADO EN MUJERES CON ALGÚN TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO?

D	Se recomienda realizar ecografía fetal para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico entre las semanas 28 y 30 de gestación (o al menos dos semanas antes del diagnóstico del trastorno hipertensivo del embarazo previo, si este fue realizado antes de la semana 28) y repetir cada 4 semanas en mujeres con antecedente de: • Preeclampsia previa.

	• Preeclampsia que requirió parto antes de la semana 34. • Preeclampsia con hijo que nació con un peso menor al percentil 10. • Muerte intrauterina. • Abrupcio de placenta. En caso de alteración del crecimiento fetal se recomienda realizar Doppler feto placentario.
B	En mujeres con hipertensión crónica, se recomienda realizar ecografía para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico. Si los resultados son normales, repetir hasta después de la semana 34 a menos que alguna condición clínica lo indique antes.
B	En mujeres con hipertensión crónica, se recomienda realizar monitoría electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.
B	En mujeres con hipertensión gestacional, se recomienda realizar ecografía para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico, si el diagnóstico es confirmado antes de la semana 34. Si los resultados son normales, repetir hasta después de la semana 34 a menos que alguna condición clínica lo indique antes.
B	En mujeres con hipertensión gestacional, realizar monitoría electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.
B	Se recomienda realizar monitoreo fetal en el momento del diagnóstico de hipertensión severa o preeclampsia.
D	Se recomienda desarrollar un plan de manejo para las mujeres con hipertensión severa o preeclampsia que incluya lo siguiente: • Momento y naturaleza de futuros monitoreos fetales. • Indicaciones fetales para la programación del parto y el uso de corticosteroides. • Cuándo discutir el caso con el equipo de neonatólogos, obstetras y anestesiólogos.
B	Si se planea un manejo conservador de la hipertensión severa o preeclampsia, se recomienda realizar periódicamente los siguientes exámenes: • Ecografía para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico. • Doppler fetoplacentario.
D	Si se planea un manejo conservador de la hipertensión severa o preeclampsia, se recomienda realizar periódicamente una monitoría electrónica fetal.
B	En mujeres con alto riesgo de preeclampsia, se recomienda realizar monitoría electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.

15. ¿CUÁL MEDICAMENTO ESTÁ CONTRAINDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN MUJERES EN EL PERÍODO POSPARTO QUE SE ENCUENTREN LACTANDO?

D	En mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal, se recomienda evitar el tratamiento con diuréticos si la mujer está alimentando a su hijo con leche materna.
D	Se recomienda informar a las mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal que no se conocen efectos adversos sobre el recién nacido que recibe leche materna con los siguientes medicamentos antihipertensivos: • Labetalol. • Nifedipino. • Enalapril. • Captopril. • Atenolol. • Metoprolol.

D	Se recomienda informar a las mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal, que hay insuficiente evidencia sobre la seguridad en el recién nacido que recibe leche materna con los siguientes medicamentos: • ARA-II. • Amlodipino. • IECAs diferentes a enalapril o captopril.
D	Se recomienda evaluar el bienestar del recién nacido, al menos una vez al día por los primeros dos días después del nacimiento.

SECCIÓN 3. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).

1. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)?

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene con salida de líquido amniótico de más de una hora, previo al inicio del trabajo de parto.

2. ¿CÓMO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

B	Se recomienda que el diagnóstico clínico de RPM sea realizado por medio de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior.

3. ¿QUÉ AYUDAS DIAGNÓSTICAS ESTÁN RECOMENDADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

B	Si la sospecha clínica de RPM persiste a pesar de las pruebas clínicas negativas, se recomienda realizar las siguientes pruebas complementarias: cristalización, medición de pH, medición del índice de líquido amniótico por ecografía, amnioinfusión o determinación de microglobulina 1 alfa placentaria.

4. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS CLÍNICOS RECOMENDADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CORIOAMNIONITIS?

B	Se recomienda que las mujeres sean vigiladas para detectar los signos de corioamnionitis clínica: fiebre (temperatura mayor de 37,8°C) y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino, líquido amniótico purulento o leucocitosis.
B	No se recomienda realizar el hisopado o cultivo de secreción vaginal alta cada semana como parte del manejo de la RPM.
B	No se recomienda el cuadro hemático y la proteína C reactiva de rutina para el seguimiento de las gestantes con RPM, ya que no han demostrado utilidad por su baja sensibilidad para el diagnóstico de corioamnionitis.
B	Se recomienda el uso de la cardiotocografía ya que permite documentar taquicardia

	fetal o la disminución de la variabilidad fetal, las cuales pueden ser usadas para el diagnóstico de corioamnionitis clínica.
B	El perfil biofísico fetal puede ser usado siempre y cuando se tenga en cuenta que tiene un valor limitado para predecir infección fetal.

5. ¿ESTÁ RECOMENDADO EL USO DE LA AMNIOCENTESIS EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

B	No se recomienda el uso rutinario de la amniocentesis en pacientes con RPM. La amniocentesis podría ser usada para confirmar la sospecha de infección intra-amniótica subclínica o determinar madurez pulmonar en fetos entre las semanas 32 a 34.

6. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS RECOMENDADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA EN UNA MUESTRA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO?

B	Se sugiere para el diagnóstico de corioamnionitis en una muestra de líquido amniótico tener en cuenta la combinación de diferentes hallazgos anormales: cultivo positivo, presencia de más de 6 bacterias o leucocitos en la tinción de gram, recuento de leucocitos mayores de 30/mL en líquido amniótico, glucosa menor de 15 mg/dL, niveles de interleucina-6 (mayor de 2,6 ng/mL) o presencia de metaloproteinasa-8 (positiva=mayor de 10 ng/mL).
A	No se recomienda el uso de proteína C reactiva en líquido amniótico para el diagnóstico de corioamnionitis.

7. ¿EN QUÉ GRUPO DE PACIENTES ESTÁ RECOMENDADA LA UTILIZACIÓN DE CORTICOIDES EN RPM?

A	Se recomienda un único ciclo de corticosteroides para las mujeres embarazadas entre las 24 y 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto pretérmino por ruptura prematura de membranas. Los esquemas recomendados de corticoides son: betametasona (12 mg) por vía intramuscular con 24 horas de diferencia por dos dosis o dexametasona (6 mg) por vía intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.
B	Los beneficios neonatales del uso de corticoides se observan aún en niños nacidos en presencia de corioamnionitis.

8. ¿EN QUÉ CASOS SE ENCUENTRA INDICADA LA DOSIS DE CORTICOIDE DE RESCATE EN RPM?

A (↑)	En pacientes con ruptura de membranas, se recomienda una dosis única de rescate de corticosteroides prenatales si la paciente recibió un ciclo completo de corticoides para maduración pulmonar hace más de una semana y la edad gestacional actual es menor a 34 semanas.

9. ¿CUÁL ES EL ESQUEMA ANTIBIÓTICO Y EL TIEMPO DE DURACIÓN RECOMENDADO PARA PROFILAXIS DE INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA EN RPM?

A	Se sugiere que en pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino, se administre desde el momento del diagnóstico uno de los siguientes esquemas: eritromicina oral sola por 10 días o ampicilina + eritromicina en régimen parenteral y oral combinado por 7 días.

10. ¿CUÁL ES EL ESQUEMA ANTIBIÓTICO RECOMENDADO PARA TRATAMIENTO DE CORIOAMNIONITIS EN EL ESCENARIO DE UNA RPM?

√	Una vez hecho el diagnóstico de corioamnionitis se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico inmediatamente con clindamicina 600 mg IV cada 6 horas + gentamicina 240 mg IV cada 24 horas y desembarazar.
A	Se recomienda la administración de gentamicina en esquemas de dosis única diaria para el tratamiento de la corioamnionitis clínica.

11. ¿QUÉ MEDICAMENTO ESTÁ RECOMENDADO PARA LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN MANEJO NO EXPECTANTE DE PACIENTE CON RPM SIN TRABAJO DE PARTO?

A	Se recomienda la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas con oxitocina o misoprostol oral a bajas dosis vigilando continuamente la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal.
√	No se recomienda el misoprostol vaginal para la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas.

12. ¿EN QUÉ GRUPO DE PACIENTES SE ENCUENTRA RECOMENDADA LA AMNIOINFUSIÓN?

B	No se recomienda la amnioinfusión rutinaria en mujeres con ruptura prematura de membranas.

13. ¿CUÁL DEBE SER EL MANEJO RECOMENDADO DE LA RPM ACORDE CON LA EDAD GESTACIONAL?

A (↑)	No se recomienda la administración de tocolíticos en mujeres con RPM en ninguna edad gestacional.
B	Se recomienda considerar la inducción del parto desde la semana 34 de gestación. Cuando se indique el manejo expectante, las gestantes deben ser informadas de un riesgo mayor de corioamnionitis y la disminución del riesgo de problemas respiratorios en el neonato.
√	En gestaciones entre 32 y 34 semanas y a falta de disponibilidad de amniocentesis para determinar maduración pulmonar, se recomienda el manejo expectante activo con un ciclo completo de corticoides, el uso del esquema antibiótico definido y desembarazar electivamente.
√	Para las gestaciones desde la semana 26 hasta la 32, se recomienda realizar manejo expectante con maduración pulmonar, el uso de esquema antibiótico definido y

	vigilancia estricta hasta encontrar compromiso de la salud materna, signos de infección intrauterina, compromiso del bienestar fetal o confirmación de la madurez pulmonar.
C	En mujeres con ruptura prematura de membranas entre las semanas 24 a 26 de gestación, se sugiere el manejo individualizado de la gestación teniendo en cuenta factores pronósticos como: la edad gestacional al momento de la ruptura, el tiempo de latencia, el peso fetal estimado y la presencia de signos de infección materna o fetal.
√	Se sugiere el desarrollo de estadísticas locales e institucionales para establecer el pronóstico de estas gestaciones según el manejo establecido. El manejo expectante de las gestaciones entre las semanas 24 a 26 en presencia de RPM tiene estimaciones de sobrevida entre 13 a 56% y hasta un 50% de riesgo de morbilidad neonatal severa a dos años.
√	Las opciones de manejo de las pacientes con RPM entre las semanas 24 a 26 y el pronóstico fetal, deben ser discutidas con la gestante y su familia.

14. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES PARA LA PROFILAXIS DE ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B (EGB)?

D	Se recomienda administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM que hayan iniciado el trabajo de parto, excepto a aquellas con cultivos negativos para EGB en las 5 semanas previas.
D	Se recomienda realizar cultivos y administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM pretérmino que no tengan resultados de tamización.
B	Se recomienda administrar penicilina G 5.000.000 IV dosis inicial, seguida de 2.5-3.000.000 unidades IV cada 4 horas hasta el parto o ampicilina 2 g IV dosis inicial, seguida por 1 g IV cada 4 horas hasta el parto, en pacientes portadoras de EGB.
C	En casos de alergia documentada a la penicilina sin reacciones severas, se recomienda cefazolin 2 g IV dosis inicial, seguida de 1 g IV cada 8 horas hasta el parto.
C	En pacientes con reacciones severas de alergia a la penicilina o cefalosporinas (historial de anafilaxis, angioedema, depresión respiratoria o urticaria severa), se recomienda clindamicina 600 mg IV cada 6 horas hasta el parto previo estudio de sensibilidad; en caso de resistencia del EGB a la clindamicina, se recomienda vancomicina 1 g IV cada 12 horas hasta el parto.

15. ¿ESTÁ RECOMENDADO EL ESQUEMA DE SULFATO DE MAGNESIO PARA NEUROPROTECCIÓN EN PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A RPM?

A (↑)	Se recomienda el uso de sulfato de magnesio como neuroprotección fetal en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino menor a 32 semanas de gestación.

SECCIÓN 4. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: TOXOPLASMOSIS.

1. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS DURANTE EL EMBARAZO?

La toxoplasmosis es una enfermedad altamente prevenible. Los estudios sobre factores de riesgo de la infección durante el embarazo han logrado identificar variables asociadas a su adquisición. Existen factores sociodemográficos (edad, género, area de residencia), biológicos y ligados al estilo de vida (beber agua no tratada, estar expuesta a gatos y consumir alimentos contaminados). El conocimiento de estos factores de riesgo permite sugerir recomendaciones para la prevención de la infección y para programas de educación.

2. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA INFECCIÓN POR TOXOPLASMA DURANTE EL EMBARAZO?

B	Dentro del control prenatal se recomienda realizar recomendaciones a las pacientes respecto a: consumo de carnes bien cocinadas, consumo de agua potable y manejo higiénico de los alimentos, lavado de manos posterior a actividades de jardinería, manipulación de animales (gatos), para prevenir la infección por toxoplasma.

3. ¿CUÁL ES EL SEGUIMIENTO RECOMENDADO DE UNA MUJER EMBARAZADA SERONEGATIVA? ¿CÓMO DEBE MONITORIZARSE?

B (↑)	Se recomienda tamizar a las gestantes seronegativas con una periodicidad mensual con una prueba de inmunoglobulina (Ig) M para toxoplasma.

4. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA TOXOPLASMA QUE SE DEBEN SOLICITAR EN PRIMER LUGAR?

A	En los casos en que no se conozca el estatus de infección, se recomienda realizar pruebas de IgG e IgM a la mujer embarazada en su primer control prenatal para determinar la presencia de la infección por toxoplasma.
A (↑)	Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM positiva se realicen prueba de avidez para confirmar la antigüedad de la infección si el embarazo es menor a 16 semanas, e IgA si mayor a 16 semanas.
B (↑)	Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM negativas sean seguidas mensualmente en los términos establecidos por esta guía.
√	Se recomienda que las mujeres con IgG negativo e IgM positivo se realicen repetición de IgG en dos semanas para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.
√	Se recomienda que una mujer que considere embarazarse se realice una prueba de IgG contra toxoplasma para identificar su estatus de infección previa con el parásito.

5. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS CONFIRMATORIAS RECOMENDADAS PARA TOXOPLASMOSIS?

B	Se sugiere ofrecer como alternativa el diagnóstico de infección fetal a través de amniocentesis y realización de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en segundo trimestre de gestación. La decisión final debe ser consensuada y consignada en la historia clínica. Un resultado negativo no descarta la infección congénita.
A	No se recomienda el uso de la cordocentesis como prueba confirmatoria para infección por toxoplasmosis.
√	Se recomienda realizar controles de calidad a los centros que realizan las diferentes pruebas para diagnóstico basado en líquido amniótico para la infección por toxoplasma.

6. ¿SE RECOMIENDA EL USO DE LA ECOGRAFÍA PARA DETERMINAR LA SEVERIDAD DEL COMPROMISO DEL FETO CON PRUEBAS POSITIVAS PARA INFECCIÓN POR TOXOPLASMA?

A	Se recomienda el seguimiento de la gestante con ecografía de morfología fetal para definir la severidad y compromiso del feto en presencia de pruebas positivas para infección por toxoplasma.
√	Se recomienda que la ecografía de seguimiento para estas pacientes sea realizada por personal especializado y entrenado para la identificación del riesgo asociado a toxoplasma.

7. ¿CUÁL ES EL ESQUEMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA (PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN FETAL) RECOMENDADO EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN ADQUIRIDA DURANTE EL EMBARAZO?

B (↑)	Se recomienda tratamiento farmacológico con espiramicina (3 g/día por el resto del embarazo) para la infección confirmada por toxoplasma en la gestante.
√	En caso de confirmación de la trasmisión fetal de toxoplasmosis (pruebas de PCR o ecografías que sugieren compromiso neurológico), se recomienda el cambio a pirimetamina más sulfadiazina más ácido folínico.

8. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS RECOMENDADAS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA EN EL RECIÉN NACIDO?

A (↑)	Se recomienda el uso de IgG, IgM e IgA conjuntamente para el diagnóstico de infección congénita por toxoplasma en el recién nacido.
A	Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en el IgA y el IgM, se recomienda la confirmación por Western Blot para infección por toxoplasma.
√	Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en las tres pruebas (IgM, IgA y Western Blot), se recomienda el seguimiento del recién nacido mensualmente durante seis meses y luego cada tres meses hasta el año con IgG para descartar seroconversión.

9. ¿CUÁL ES EL MEDICAMENTO RECOMENDADO PARA LOS RECIÉN NACIDOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA?

√	Se debe tratar a todos los niños con diagnóstico de infección congénita por toxoplasma (sintomáticos o asintomáticos) con pirimetamina + sulfadiazina (1 mg/kg/día y 100mg/kg/día, respectivamente, una vez al día durante un año) más ácido folínico.
√	En caso de efectos adversos y/o limitaciones al tratamiento de primera elección, y a juicio del médico, se puede usar como alternativa clindamicina, sulfadoxina, o azitromicina en conjunto con pirimetamina más ácido folínico.

SECCIÓN 5. DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ANOMALÍAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Y DISTÓCICO

1. ¿EN QUÉ CONSISTE EL PARTO HUMANIZADO?

√	Se recomienda la adopción de los principios del parto humanizado para el manejo de la paciente obstétrica en todas sus dimensiones. Este concepto está reflejado en la elaboración de todas las recomendaciones consignadas en la presente guía de práctica clínica.

2. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO QUE DEBEN SER INCLUIDOS PARA DETERMINAR EL LUGAR MÁS ADECUADO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO?

D	Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II o superior):
	Cualquier enfermedad cardiaca confirmada.
	Cualquier trastorno hipertensivo.
	Asma bronquial no controlada.
	Fibrosis quística.
	Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como:
	Anemia: Hemoglobina menor de 11.0 g/dL al nivel del mar o en el límite inferior según el valor corregido por la altura sobre el nivel del mar.
	Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.
	Antecedentes de trastornos tromboembólicos.
	La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por debajo de 150 000.
	Enfermedad de von Willebrand.
	Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.
	Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.
	Hepatitis B / C
	Portador de / infección por el VIH.
	Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento.
	Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubéola / herpes genital/en la mujer

	o el bebé.
	Tuberculosis.
	Lupus eritematoso sistémico inmune.
	Esclerodermia.
	Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo.
	Hipotiroidismo no controlado.
	Hipertiroidismo.
	Diabetes.
	Pacientes con función renal anormal.
	Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista.
	Epilepsia.
	Miastenia gravis.
	Accidente cerebrovascular previo.
	Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
	Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales.
	Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit neurológico.
	Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual.
	Uso de drogas psicoactivas.
	Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.
	Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.
	Multiparidad mayor de 4 partos.
	Mujeres menores de 15 años o mayores de 38.
	Ausencia de control prenatal.
	Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia.
	Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación).
	Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg / m².
	Embarazo múltiple.
	Placenta previa.
	Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo.
	Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.
	Desprendimiento de placenta.
	Muerte intrauterina confirmada.
	Inducción del parto.
	Diabetes gestacional.
	Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).
	Hemorragia anteparto recurrente.
	Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía).
	Frecuencia cardíaca fetal anormal (FCF) / Doppler anormal.
	Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios.
	Antecedente de complicaciones como:
	Historia de bebé anterior de más de 4,0 kg.
	Muerte fetal / muerte neonatal inexplicable o en relación con dificultad intraparto.
	Muerte fetal / muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes.
	Bebé con encefalopatía neonatal.
	Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.
	Preeclampsia.

	Eclampsia.
	Ruptura uterina.
	Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión.
	Placenta retenida que haya requerido la extracción manual.
	Cesárea previa.
	Distocia de hombros.
	Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado.
	Antecedente de cirugía ginecológica mayor.
	Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación.
	Presencia de miomas o fibromas uterinos.
	Antecedente de miomectomía.
	Antecedente de histerotomía.

3. ¿CUÁNDO SE DEBE ADMITIR A LA PACIENTE PARA LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL?

√	Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.
√	Se recomienda ofrecer apoyo individualizado a aquellas mujeres que acudan para ser atendidas por presentar contracciones dolorosas y que no estén en fase activa del trabajo de parto.
√	Se recomienda valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto.
√	Se recomienda que las gestantes permanezcan en observación al menos dos horas y se realice un nuevo examen médico antes de dejar la institución.
√	Se recomienda que las gestantes que no estén en fase activa del trabajo de parto reciban información sobre signos y síntomas de alarma, así como indicaciones precisas de regresar al hospital cuando ocurran los siguientes cambios: inicio o incremento de actividad uterina, dolor intenso, sangrado genital en cualquier cantidad, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinnitus, cefalea intensa y los demás que se consideren pertinentes por el personal de salud.

4. ¿CUÁLES SON LOS EXÁMENES PARACLÍNICOS QUE DEBEN SER SOLICITADOS AL MOMENTO DE LA ADMISIÓN DE LA GESTANTE?

A	No se recomienda el uso rutinario de la monitoría fetal electrónica ni la medición del índice de líquido amniótico en la admisión de pacientes con embarazo de bajo riesgo.
√	Se recomienda evaluar las pruebas realizadas durante el control prenatal para reevaluar aquellas con resultados anormales y realizar o complementar los exámenes prenatales pertinentes que hagan falta, especialmente los del tercer trimestre y las pruebas rápidas para VIH y sífilis.

5. ¿SE RECOMIENDA EL ENEMA RUTINARIO Y EL RASURADO AL MOMENTO DE LA ADMISIÓN DE LA GESTANTE?

A	Se recomienda no usar rutinariamente enemas durante el trabajo de parto.
√	No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.

6. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE TRABAJO DE PARTO Y LA DURACIÓN DE LOS DIFERENTES PERÍODOS DEL TRABAJO DE PARTO (DILATACIÓN, BORRAMIENTO Y DEL EXPULSIVO)?

D (↑)	Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación. Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm. y se acompaña de dinámica regular.
C	Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La duración de la fase activa del parto normal es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal. • En las primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas. • En las multíparas el promedio de duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas.
√	La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración.
D (↑)	Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases: • Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo. • Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.
	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta dos horas tanto si tiene como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en multíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase activa del expulsivo en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de hasta dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase activa del expulsivo en multíparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.

7. ¿CUÁL (ES) MÉTODO(S) DE VIGILANCIA FETAL MEJORA(N) LOS RESULTADOS PERINATALES?

B	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultación intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
√	La auscultación intermitente se puede realizar tanto con ultrasonido Doppler como con estetoscopio.
A	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la monitoría electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de auscultación intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
A	No se recomienda el uso rutinario de la pulsioximetría fetal.
A	No se recomienda la utilización rutinaria del análisis del segmento ST del electrocardiograma (ECG) fetal en el parto normal.
B	En las instituciones hospitalarias donde el análisis del segmento ST del ECG fetal está disponible, se recomienda su utilización sólo en mujeres con cardiotocografía (CTG) anormal.
C	Se recomienda la estimulación digital de la calota fetal como método diagnóstico complementario ante la presencia de un registro CTG patológico.
D	Se recomienda la utilización de la clasificación del *American College of Obstetricians and Gynecologists* para la interpretación de la monitoría fetal electrónica.
√	El tiempo que se destina a exámenes pélvicos más frecuentes de lo recomendado, puede destinarse a la auscultación fetal intermitente con la frecuencia y duración recomendadas en la presente guía.

8. ¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LA COMPAÑÍA DEL FAMILIAR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

A (↑)	Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.
A	Se recomienda que las mujeres en fase activa de parto cuenten con atención por personal de la salud en forma permanente excepto por cortos períodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.

9. ¿CUÁL ES LA MEJOR VÍA PARA GARANTIZAR EL APORTE CALÓRICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

A	Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto en pequeñas cantidades para la prevención de la cetosis.
√	Se recomienda informar a las gestantes que falta evidencia sobre el riesgo de la ingesta de alimentos para presentar bronco-aspiración en caso de complicaciones que requieran uso de anestesia.
A	Se recomienda que las mujeres sean informadas que las bebidas isotónicas (hidratantes) son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua.

10. ¿SE REQUIERE CANALIZAR RUTINARIAMENTE UNA VENA PERIFÉRICA A TODA GESTANTE EN EL PERÍODO DE DILATACIÓN, BORRAMIENTO Y ATENCIÓN DEL PARTO?

D	Se sugiere mantener un acceso venoso permeable con un catéter venoso o heparinizado de al menos calibre 18G, durante todo el trabajo de parto y el expulsivo.
D	La canalización de un acceso venoso no implica la restricción de la ingesta de líquidos claros ni de la libre movilización de la mujer durante el trabajo de parto.
√	Se recomienda el uso de soluciones cristaloides iso-osmolares (lactato de ringer, solución de ringer y solución salina normal) al suministrar líquidos endovenosos durante el trabajo de parto.

11. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE DEBEN VIGILAR LOS SIGNOS VITALES MATERNOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

D	Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda: • Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones. • Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna) y la frecuencia respiratoria. • Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura. • Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga. • Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.
D	Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante la segunda etapa del parto se recomienda: • Revisar cada 30 minutos la frecuencia e intensidad de las contracciones. • Comprobar cada hora la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura. • Comprobar el vaciado de la vejiga.

12. ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA INDICADA PARA EL EXAMEN PÉLVICO OBSTÉTRICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

D (↑)	Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas.
D (↑)	Se recomienda realizar exploraciones vaginales antes de 4 horas en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos. El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente.
√	Antes de practicar un tacto vaginal, se recomienda: • Confirmar que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones. • Ser consciente que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección. • Garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer.

	• Explicar la razón por la que se practica y los hallazgos encontrados, con delicadeza, sobre todo si no son los esperados por la mujer.

13. ¿SE DEBEN EMPLEAR ANTISÉPTICOS CUANDO SE HACE EL EXAMEN OBSTÉTRICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

A	Se recomienda utilizar agua corriente para el lavado genital antes de un examen vaginal no siendo necesario el uso de antisépticos.

14. ¿EL PARTOGRAMA MEJORA LOS RESULTADOS PERINATALES?

A	Se recomienda el partograma de líneas de alerta del Centro Latinoamericano Perinatología (CLAP). En ausencia de este, se sugiere usar partogramas con una línea de acción de 4 horas.

15. ¿EN QUÉ CASOS ESTÁ INDICADA LA ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

D (↑)	Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor.
D (↑)	Contraindicaciones de la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto: •Rechazo de la madre. •Coagulopatía. •Infección local o sistémica. • Hipovolemia no corregida.

16. ¿CUÁL ES LA MEJOR ANALGESIA DURANTE EL PERÍODO DE DILATACIÓN Y DE BORRAMIENTO O DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO?

√	Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial y de las demás formas de alivio del dolor.
A	Se recomienda cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada.
A	Se recomienda la utilización de técnica combinada (epidural-intradural) si se precisa un establecimiento rápido de la analgesia.
A	Se recomienda informar que los opioides parenterales como método analgésico tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos.
A	Se recomienda la administración de antieméticos cuando se utilizan opiodes intravenosos o intramusculares.
A	Se recomienda monitorizar la saturación de oxígeno (SaO2) materna y administrar oxigeno suplementario a las mujeres que reciban opioides parenterales durante el trabajo de parto.
B	Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante el primer y segundo periodos del parto.
√	Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma pueden ser animadas a hacerlo para buscar posturas más cómodas.

B	Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación debieran ser apoyadas en su elección.
A	No se recomienda el método de estimulación nerviosa transcutánea (TENS) como forma de analgesia para las mujeres en trabajo de parto establecido.

17. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL USO DE LA AMNIOTOMÍA?

A	Se recomienda no realizar amniotomía ni perfusión de oxitocina rutinarias en los trabajos de parto que progresan de forma normal.
√	Se sugiere el uso de la amniotomía cuando se considere necesario evaluar el aspecto del líquido amniótico ante sospecha de alteración del bienestar fetal, desprendimiento de placenta o como parte del manejo del primer periodo del parto prolongado.

18. ¿CÓMO SE DEFINEN Y DETECTAN LAS DISFUNCIONES DINÁMICAS (HIPOSISTOLIA, HIPODINAMIA, HIPERSISTOLIA, BRADISISTOLIA, TAQUISISTOLIA)?

√	Las alteraciones dinámicas del trabajo de parto pueden identificarse mediante el examen clínico con la técnica y frecuencia descritas para evaluar los signos vitales de la gestante y durante la auscultación intermitente o mediante el uso del tocodinamómetro externo durante la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal.
√	Se recomienda adoptar las siguientes definiciones para el diagnóstico de las disfunciones dinámicas del trabajo de parto: **Dinámica uterina normal:** Durante el trabajo de parto ocurren contracciones con una frecuencia entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 mmHg. Se caracterizan por el triple gradiente descendente, el cual consiste en que las contracciones se inician en el marcapasos uterino (usualmente localizado en uno de los cuernos uterinos), son más intensas y duraderas en el fondo uterino y se dirigen en sentido descendente desde el cuerno hacia el segmento uterino. La dinámica uterina se controla clínicamente y con el uso de monitores electrónicos. Clínicamente, las partes fetales deben ser palpables y el útero es depresible entre cada contracción. Durante el pico de la contracción, al alcanzar la intensidad de 50 mmHg, esta es dolorosa, el útero no es depresible y no es posible la palpación de las partes fetales. Alteraciones de la dinámica uterina: Bradisistolia (disminución de la frecuencia): de dos o menos contracciones en 10 minutos. Taquisistolia (aumento de la frecuencia): 6 o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos. Hiposistolia: disminución de la intensidad de las contracciones, por encima del tono basal pero con intensidad menor de 30 mmHg. Hipersistolia: aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg. El útero no se deprime en ningún momento de la contracción. Hipertonía: incremento del tono uterino basal por encima de 12 mmHg. No es posible palpar las partes fetales aún en ausencia de contracción y hay dolor. También se define como una contracción que dura más de dos minutos. Incoordinación uterina: alteración del triple gradiente descendente.

√	Se recomienda para la evaluación clínica de la contractilidad uterina la siguiente técnica: con la mano extendida sobre el abdomen materno, palpar suavemente sin estimular el cuerpo uterino, por periodos no menores de 10 minutos.

19. ¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS MATERNO-PERINATALES DE LAS ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO?

B	Se recomienda tener en cuenta que la prolongación del trabajo de parto se puede asociar con algunos desenlaces maternos y perinatales adversos.
D	Se recomienda adoptar las definiciones establecidas en la pregunta 6 sobre la duración de los diferentes periodos del trabajo de parto.
D	Se recomienda el uso de partograma para la identificación de las alteraciones de la duración del trabajo de parto.
√	La detección de las alteraciones de la duración del trabajo de parto indica la aplicación de medidas terapéuticas de acuerdo con la capacidad resolutiva del lugar de atención.
√	La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto, debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración del mismo.

20. ¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS MÁS EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL PRIMER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO?

A	No se recomienda el uso de oxitocina en fase latente del trabajo de parto ni su utilización a dosis altas.
√	Cuando se sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda: • Ofrecer apoyo a la mujer, hidratación y un método apropiado y efectivo para el control del dolor. • Si las membranas están intactas se procederá a la amniotomía. • Exploración vaginal dos horas después y si el progreso de la dilatación es menos de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación. • Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se ofrecerá la estimulación con oxitocina o se remitirá a una unidad obstétrica de nivel II o superior donde haya las condiciones para ofrecer esta alternativa. • Se practicará monitorización fetal continua y se ofrecerá anestesia neuroaxial antes del uso de la oxitocina. • Se procederá a un nuevo tacto vaginal 4 horas después de iniciada la perfusión de oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después.

21. ¿CUÁNDO SE DEBE SOSPECHAR Y CÓMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO DE LA DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA?

A	No se recomienda realizar pelvimetría imagenológica como predictor de desproporción cefalopélvica (DCP) ya que incrementa la tasa de cesáreas sin mejorar los desenlaces perinatales.
B	Para el diagnóstico de DCP se recomienda tener en cuenta la historia clínica obstétrica, la evaluación clínica, la talla materna, la altura uterina, el cálculo del peso fetal y la progresión anormal del trabajo de parto.
√	Se sugiere la remisión temprana a una unidad de atención obstétrica de nivel II o superior ante la sospecha de DCP.

22. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS PARA REMISIÓN A UNA INSTITUCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD?

D	Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para la remisión de gestantes a instituciones de nivel II o superior durante el trabajo de parto:
	• Indicaciones para la monitorización fetal electrónica (EFM), incluyendo la identificación de anormalidades de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) a la auscultación intermitente.
	• Prolongación del primer o segundo periodos del parto.
	• Líquido amniótico teñido con meconio.
	• Solicitud de la madre para el alivio del dolor con analgesia neuroaxial.
	• Emergencia obstétrica: hemorragia previa al parto, presentación o prolapso del cordón, hemorragia posparto, colapso materno o la necesidad de reanimación neonatal avanzada.
	• Retención de la placenta.
	• Fiebre materna en el trabajo de parto (38,0 °C una vez o 37,5 °C en dos ocasiones con dos horas de diferencia).
	• Distocias de presentación o presentación de pelvis diagnosticada en el trabajo de parto teniendo en cuenta la inminencia del nacimiento.
	• Presión arterial elevada o diastólica (mayor de 90 mmHg) o aumento de la presión arterial sistólica (mayor de 140 mmHg) en dos lecturas consecutivas tomadas con 30 minutos de diferencia.
	• Incertidumbre sobre la presencia de latidos del corazón fetal o la vitalidad fetal.
	• Desgarro perineal de tercero o cuarto grado u otro trauma perineal complicado que requiere sutura.
	• Sospecha clínica o ecográfica de macrosomía fetal o desproporción céfalo pélvica.

23. ¿CUÁL ES LA POSICIÓN RECOMENDADA PARA LA GESTANTE DURANTE EL PERÍODO DILATANTE Y EL PARTO?

A (↑)	Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.
A (↑)	Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

24. ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA INDICADA PARA LA AUSCULTACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL EXPULSIVO?

√	Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo según los siguientes parámetros: • El corazón fetal se debe auscultar al menos cada 5 – 15 minutos en el periodo expulsivo. • La auscultación se llevará a cabo durante 30 – 60 segundos, como mínimo, después de una contracción. • El pulso materno también debe ser reconocido para diferenciar entre el ritmo materno y el latido cardiaco fetal.

25. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES PROBADAMENTE BENÉFICAS Y CUÁLES NO DURANTE EL EXPULSIVO EN UN PARTO NORMAL?

A	No se recomienda la realización del masaje perineal durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda el pujo espontáneo durante el expulsivo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva del segundo periodo del parto.
A	Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto.
A	No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo.
B	Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no puje durante la extensión y desprendimiento.
√	Se recomienda hacer uso de la episiotomía solo si hay necesidad clínica, como en un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal.
√	Antes de llevar a cabo una episiotomía, se recomienda realizar una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo.
√	La episiotomía no debe recomendarse de forma rutinaria durante un parto vaginal en mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos anteriores.
A	No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller.

26. ¿QUÉ CLASE DE SUTURAS DEBEN USARSE PARA LA EPISIORRAFIA Y LA SUTURA DE DESGARROS PERINEALES?

A	Se recomienda la utilización de material sintético de absorción estándar para la reparación de la herida perineal.
√	Se recomienda realizar un examen rectal después de completar la reparación para garantizar que el material de sutura no se haya insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal.

27. EN GESTANTES EN QUIENES NO EXISTA INDICACIÓN PARA PINZAMIENTO INMEDIATO ¿CUÁL ES EL MOMENTO ADECUADO PARA EL PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL?

A	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
B	Se sugiere el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical.
D	Se recomienda adoptar los siguientes criterios clínicos para pinzamiento del cordón: • Interrupción del latido del cordón umbilical. • Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical. • Satisfactoria perfusión de la piel. • Realizarlo entre dos y 3 minutos después del nacimiento.
D	Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato: • Desprendimiento de placenta. • Placenta previa. • Ruptura uterina. • Desgarro del cordón. • Paro cardiaco materno. • Los demás criterios recomendados en la Guía de Práctica Clínica de Recién Nacidos.

28. ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL A PIEL DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO?

A	Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel a piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.
√	Para mantener caliente al bebé, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel a piel con la madre.
√	Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida y hasta que este haya finalizado su primera lactada. Durante este periodo se recomienda una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible con la relación entre la madre y el recién nacido con registro de signos vitales de los recién nacidos (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso la frecuencia cardiaca) y la vigilancia del tono uterino y registro de signos vitales maternos alertando al médico sobre cualquier cambio.

29. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL MANEJO DEL EXPULSIVO PROLONGADO?

B	En casos de estado fetal insatisfactorio durante el expulsivo, el uso de tocolisis de emergencia podría mejorar las condiciones fetales y dar tiempo para iniciar otras intervenciones o remitir la paciente.
√	Se sugiere manejar el expulsivo prolongado con la instrumentación (aplicación de fórceps, espátulas o vacuum) según las condiciones clínicas de la gestante, la disponibilidad en el sitio de atención y la capacitación y experiencia de quien aplica estos instrumentos.
√	Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos según la presencia de otros factores de riesgo ante e intraparto para infección puerperal.

30. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA DISTOCIA DE HOMBRO?

B	Se recomienda adoptar la siguiente definición para el diagnóstico de la distocia de hombros: una demora mayor o igual a un minuto entre el desprendimiento de la cabeza y el desprendimiento de los hombros.
B	La prolongación del trabajo de parto y del expulsivo y la necesidad de la instrumentación del parto, deben alertar al clínico sobre el riesgo de la presentación de una distocia de hombro.
√	Se recomienda tener en cuenta la prevalencia de macrosomía en el grupo poblacional de la gestante como riesgo basal para la presentación de una distocia de hombro.

31. ¿CUÁLES SON LAS MANIOBRAS MÁS EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DISTOCIA DE HOMBRO?

D	Se recomienda realizar la maniobra de Mac Roberts combinada con presión suprapúbica y episiotomía o la maniobra de Gaskin (posición sobre las 4 extremidades) para la resolución de la distocia de hombros.
D	Se sugiere realizar la maniobra de extracción del hombro posterior después de la maniobra de Mac Roberts combinada con episiotomía y presión suprapúbica para la resolución de la distocia de hombros.
√	Se recomienda el uso de las maniobras de Woods, Rubin y Zavanelli de acuerdo con el criterio clínico, habilidad, experiencia y recursos de quien atiende el parto y del sitio de atención.
√	La distocia de hombros conlleva riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La necesidad de dos o más maniobras para resolverla debe alertar al clínico y a la paciente sobre el aumento de la frecuencia de las complicaciones en la madre y en el neonato.

SECCIÓN 6. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO (HEMORRAGIA POSPARTO Y COMPLICACIONES DEL CHOQUE HEMORRÁGICO POR PLACENTA PREVIA, ABRUPCIO DE PLACENTA Y HEMORRAGIA POSPARTO).

1. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSPARTO AL FINALIZAR EL SEGUNDO PERÍODO DEL PARTO?

A (↑)	Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia posparto.
A	Se recomienda utilizar de forma rutinaria oxitócicos profilácticos en el manejo del alumbramiento en todas las mujeres.
A	Se recomienda la administración de oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
√	Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 mL de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
A	Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.

A	No se recomienda el uso de ácido tranexámico para la prevención de la hemorragia posparto.
A	Se recomienda ligar y cortar el cordón umbilical entre el segundo y el tercer minuto después del nacimiento en todos los recién nacidos de término y pretérmino que nazcan vigorosos.

2. ¿CUÁL ES LA INTERVENCIÓN MÁS EFECTIVA PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSPARTO EN UNA PACIENTE SOMETIDA A CESÁREA?

A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, la administración de un bolo de 5 UI de oxitocina diluidas en cristaloides por vía IV en un tiempo no inferior a 3 minutos, inmediatamente se extraiga el bebé.
A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de oxitocina en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de oxitocina.

3. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES NECESARIAS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE HEMORRAGIA GRAVE Y COMPLICACIONES EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE ACRETISMO PLACENTARIO?

D	En pacientes con factores de riesgo para acretismo placentario, se recomienda realizar un ultrasonido con Doppler placentario por personal calificado para identificar la localización y el grado de inserción de la placenta.
√	Se recomienda que el ultrasonido con Doppler se realice a una edad gestacional por encima del límite de viabilidad fetal.
D	Si se diagnostica acretismo placentario, se recomienda planear la atención del parto por un equipo multidisciplinario apropiado para el manejo de la condición específica de la paciente, en una institución que cuente con las ayudas diagnósticas pertinentes, con disponibilidad de glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitado, y el acceso a una unidad de cuidados intensivos.
D	No existe evidencia suficiente para recomendar o rechazar la oclusión profiláctica con balones de insuflación en las arterias hipogástricas en pacientes con acretismo placentario.

4. ¿CUÁL ES LA INTERVENCIÓN MÁS EFECTIVA PARA TRATAR LA RETENCIÓN PLACENTARIA SIN SANGRADO, DESPUÉS DE MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO?

D	Si después de 30 minutos de haber realizado el manejo activo del alumbramiento, la placenta no se expulsa de forma espontánea, se recomienda administrar 10 UI de oxitocina intramuscular o intravenosa, en combinación con la tracción controlada del cordón umbilical.
√	Se recomienda una única tracción luego de la administración de esta dosis de oxitocina.
√	Si la atención de la mujer se está realizando en un primer nivel de atención y la placenta no se desprende con el manejo anterior, se recomienda iniciar la infusión de 20 UI de oxitocina en 500 mL de cristaloides a 60 mL/hora (40 miliunidades/min) y remitirla.

B	Si la atención de la mujer se está realizando en instituciones de segundo y tercer nivel y la placenta no se desprende en 30 minutos después de administrar la segunda dosis de oxitocina, se recomienda como alternativa a métodos invasivos, la inyección en la vena umbilical con técnica aséptica de 800 mcg de misoprostol disueltos en 30 c.c. de solución salina.
A	No se recomienda la inyección de oxitocina o solución salina por vena umbilical para el manejo de la placenta retenida.
√	Si después de la realización de las maniobras antes descritas para el manejo de la placenta retenida sin sangrado, no hay respuesta, se recomienda hacer la extracción manual teniendo presente el riesgo potencial de un acretismo.

5. ¿SE RECOMIENDA EL USO PROFILÁCTICO DE ANTIBIÓTICOS CUANDO SE REALIZA REVISIÓN MANUAL DE LA CAVIDAD UTERINA?

D	Se recomienda administrar dosis única parenteral de cefalosporina de primera generación inmediatamente antes de iniciar la extracción manual de la placenta.
√	En caso de alergia documentada a los betalactámicos, se recomienda administrar clindamicina más gentamicina en dosis única.
√	En las instituciones que cuenten con perfil microbiológico, se recomienda elegir el antibiótico de acuerdo con dicho perfil.

6. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS QUE DETERMINAN EL INICIO DEL MANEJO DEL CHOQUE HIPOVOLÉMICO?

D	Se recomienda para la identificación del grado del choque, la evaluación de los siguientes parámetros clínicos: • Sensorio (estado de conciencia). • Perfusión (color de la piel, temperatura de la piel y llenado capilar). • Pulso. • Presión arterial.
D	Se recomienda clasificar el grado del choque e iniciar el manejo con el peor parámetro clínico encontrado.

7. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO?

C (↑)	Se recomienda que cuando se diagnostique hemorragia posparto con cualquier grado de choque, se active el protocolo de código rojo obstétrico que incluya simultáneamente acciones en cuatro áreas de intervención: comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa y control del sangrado.
√	En la hemorragia posparto con signos de choque, se recomiendan las siguientes medidas: • Alertar al personal de salud entrenado en código rojo obstétrico. • Asignar a un miembro del equipo, el registro de los procedimientos realizados, la administración de líquidos, medicamentos y signos vitales; idealmente en formato preestablecido.

	• Garantizar la disponibilidad de hemoderivados, alertar al laboratorio y activar el sistema de referencia. • Evaluar sistema respiratorio. • Administrar oxígeno suplementario con máscara con bolsa reservorio mínimo a 10 litros por minuto. En ausencia de máscara, suministrar oxígeno con cánula nasal a 3 litros por minuto o sistema venturi 35-50%. • Se debe mantener oximetría de pulso por encima del 95%. • Garantizar al menos dos accesos venosos permeables de buen calibre. Se recomienda al menos uno con catéter N° 14 o N° 16. • Realizar la toma de muestra de sangre para hemograma completo, pruebas cruzadas, pruebas de coagulación incluido fibrinógeno, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y gases arteriales. • Iniciar y continuar infusión de cristaloides calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg y llenado capilar < 5 seg con bolos de 500 mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado. • Inserción de sonda Foley para monitorear volumen urinario. • Mantener caliente a la paciente cubriéndola con mantas y en posición supina. • Valoración y registro cada 15 minutos del pulso, presión arterial y frecuencia respiratorio una vez estabilizada la paciente. • Una vez estabilizada la paciente, remitir a un nivel de mayor complejidad que garantice la atención adecuada. • Documentación de los procedimientos, balance de líquidos y hemoderivados transfundidos.

8. ¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS MÁS EFECTIVAS PARA LA RECUPERACIÓN DEL VOLUMEN SANGUÍNEO EN EL MANEJO DEL CHOQUE HIPOVOLÉMICO POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA?

√	Se recomienda iniciar infusión de cristaloides calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, llenado capilar < 5 seg, pulso radial presente y presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg con bolos de 500 mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.
√	Se recomienda utilizar soporte vasopresor si la paciente continúa con inestabilidad hemodinámica después de la reposición de volumen y control del sitio de sangrado. La selección del vasopresor dependerá de los medicamentos y la vía de acceso disponibles.

9. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POR ATONÍA UTERINA?

B	Para el control de hemorragia por atonía uterina se recomienda excluir otras causas de hemorragia posparto como retención de fragmentos de placenta o membranas, laceraciones o hematomas vaginales o cervicales, ruptura uterina, hematomas de ligamentos, sangrado extragenital, inversión uterina o coagulopatía.
√	Se recomienda utilizar la nemotecnia de las 4 “T”: Tono, Trauma, Tejido y Trombina (coagulopatía).

B	Si la causa de la hemorragia es la atonía uterina, se recomienda implementar las siguientes medidas hasta que cese el sangrado o se defina la necesidad de otra intervención: • Inserción de una sonda Foley para evacuar la vejiga. • Compresión uterina bimanual. • Administrar 5 UI de oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de oxitocina diluida en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas. • Ergometrina 0,2 mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0,2 mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas (contraindicada en mujeres con hipertensión).
B	Se recomienda utilizar misoprostol 800 mcg por vía sublingual solo si, no se cuenta con oxitocina o maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto.
D	El ácido tranexámico en dosis de 1 g por vía IV, se puede ofrecer como un tratamiento para la hemorragia posparto si: la administración de la oxitocina seguido de las opciones de tratamiento de segunda línea y el misoprostol no han logrado detener la hemorragia; o como complemento a la sutura de traumatismos del canal del parto identificados como causa del sangrado (desgarros del canal del parto).
D	No se recomienda el uso de carboprost para el tratamiento de las mujeres con hemorragia posparto.

10. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSPARTO POR ATONÍA UTERINA SIN RESPUESTA AL MANEJO MÉDICO?

C	Se recomienda iniciar medidas de hemostasia quirúrgica lo más pronto posible, si el manejo inicial falla. Se recomienda que este tiempo no supere nunca los 20 minutos.
C (↑)	Se recomienda el taponamiento uterino con balón hidrostático (incluye condón), como la primera opción quirúrgica para las mujeres con atonía uterina.
√	Se recomienda administrar dosis única parenteral de cefalosporina de primera generación inmediatamente antes de insertar el balón.
√	En caso de alergia documentada a los betalactámicos, se recomienda administrar clindamicina más gentamicina en dosis única.
√	Se recomienda dejar una infusión de oxitocina de 30 UI diluidas en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas.
√	Se recomienda dejar el balón por un tiempo máximo de 24 horas y retirar en sitio donde se cuente con recurso humano calificado, hemoderivados y quirófano.
C	No se recomienda realizar taponamiento uterino con gasa.
C	Se recomienda aplicar las siguientes medidas quirúrgicas conservadoras dependiendo de las circunstancias clínicas y la experticia de quien atiende a la mujer: • Suturas hemostáticas uterina (B-Lynch o sutura compresiva modificada). • Ligadura bilateral de arterias uterinas. • Ligadura bilateral de arterias iliacas internas. • Embolización arterial selectiva.
C	Se recomienda recurrir a la histerectomía prontamente, cuando las medidas anteriores fallen o las circunstancias clínicas lo indiquen desde el inicio (ejemplo: estallido uterino).

11. ¿CUÁL ES EL MEJOR TIPO DE HISTERECTOMÍA INDICADA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO?

D	Se recomienda que el obstetra de acuerdo a su experticia, la condición clínica particular de cada mujer y las condiciones técnicas del sitio operatorio, defina el tipo de histerectomía a realizar.

12. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSPARTO POR ACRETISMO PLACENTARIO?

D	Si la placenta no se separa con las medidas habituales, se recomienda no intentar separarla y remitir a una institución con capacidad resolutiva. El manejo médico o la histerectomía con placenta in situ están asociados con menor pérdida sanguínea que tratar de separarla.
D	Si la placenta se separa parcialmente, se recomienda que la porción desprendida sea extraída y la hemorragia que se presente, manejarla de acuerdo a las recomendaciones planteadas. Las porciones que no se desprenden pueden ser dejadas en su lugar, pero la pérdida de sangre en tales circunstancias puede ser mayor y requiere el manejo de una hemorragia masiva de manera oportuna.

13. ¿CUÁL ES LA INTERVENCIÓN MÁS EFECTIVA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POR ABRUPCIO DE PLACENTA?

√	Se recomienda que el manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta se realice en un nivel de alta complejidad, búsqueda y tratamiento activo de la coagulopatía (considerar protocolo de transfusión masiva) y soporte vital avanzado.

14. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL USO DE HEMODERIVADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA MUJER CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA?

C	Se recomienda realizar pruebas cruzadas en hemorragia posparto.
C (↑)	En los casos en que las pruebas cruzadas no estén disponibles, se recomienda iniciar con sangre tipo "O negativo" y/o sangre específica sin pruebas cruzadas hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas esté disponible.
√	Se recomienda en caso de choque hemorrágico grave, abrupcio de placenta con feto muerto o coagulopatía intravascular diseminada (CID) clínicamente evidente, aplicar un protocolo de transfusión masiva para servicios obstétricos.
√	En aquellos sitios que tengan disponibilidad, se recomienda reponer glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas en una relación 1:1:1.
√	En los sitios con limitación de recursos, se puede reponer glóbulos rojos y plasma fresco congelado en una relación 1,5:1.
C	Se recomienda administrar concentrado de plaquetas si el conteo es menor de 50.000.
C	Se recomienda administrar crioprecipitado si el fibrinógeno es menor de 1 g/L.

C	No se recomienda utilizar algún filtro especial de sangre porque disminuye la velocidad de infusión.
B	No existe evidencia en hemorragia obstétrica para recomendar o rechazar el uso de factor VII recombinante.

15. ¿CUÁL ES LA INDICACIÓN MÁS EFECTIVA PARA TRANSFUNDIR EN AUSENCIA DE SANGRE "O NEGATIVO"?

C	En ausencia de glóbulos rojos "O negativo", se recomienda iniciar con glóbulos rojos "O positivo".

16. ¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS LOGÍSTICOS A TENER EN CUENTA EN EL MANEJO DEL CHOQUE HIPOVOLÉMICO POR CAUSA OBSTÉTRICA?

D	Se recomienda que las instituciones de salud que atienden partos cuenten con un protocolo y/o guía para el manejo de la hemorragia posparto.
D	Se recomienda que las instituciones de salud de primer y segundo nivel que atienden partos cuenten con un protocolo formal para la referencia de las mujeres a un nivel de mayor complejidad.

17. ¿CUÁL ES LA ESTRATEGIA MÁS EFECTIVA PARA MEJORAR LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA?

A	Se recomienda entrenamiento en el manejo de la hemorragia posparto a todo el personal que atiende partos.
A (↑)	Se recomienda que el entrenamiento para el manejo de la hemorragia posparto se haga bajo la estrategia de simulación.

18. ¿CUÁNTO TIEMPO DEBE PERMANECER HOSPITALIZADA UNA PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO EN EL POSPARTO?

D	Después del parto eutócico de bajo riesgo de un bebé sano a término se sugiere una vigilancia del binomio por personal calificado por las primeras 48 horas.
D	Se recomienda la evaluación del binomio por personal calificado entre las 24 y 48 horas después del parto si la madre y el bebé son dados de alta de la institución antes de 48 horas.
D	Se recomienda que las mujeres y sus familias reciban información e instrucciones claves para su cuidado en casa y el de su bebé, especialmente relacionadas con la lactancia materna y la identificación temprana de signos de alarma maternos y neonatales.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Dentro de las estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva incluidas en el Plan Nacional de Salud Pública 2.007-2.010, se planteó la implementación de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, el control prenatal, la atención del parto y posparto, la interrupción voluntaria del embarazo y la atención de abuso sexual en servicios de urgencia. Por lo anterior, resulta perentorio definir recomendaciones para la buena práctica basadas en la mejor evidencia clínica disponible y en la racionalización de costos para mejorar la calidad de atención en salud de la mujer en estado de gestación.

El ***cuidado prenatal*** es la actividad médica más común a nivel mundial. Ésta cubre una amplia gama de condiciones maternas y/o paternas que potencialmente pueden ser peligrosas para la madre y/o el feto, e incluye cambios tanto de conducta como de la asistencia médica para aumentar la probabilidad de obtener un resultado materno fetal exitoso. Un factor de riesgo obstétrico es una característica o circunstancia identificable en una o más gestaciones, que se asocia con un riesgo anormal de tener, desarrollar o ser proclive a presentar una entidad nosológica. Es importante resaltar la identificación concomitante del riesgo biopsicosocial como uno de los pilares fundamentales de la atención prenatal, adicional al riesgo que puede generar el feto como paciente. Estas dos líneas de atención abren el camino para que los equipos de asistencia perinatal tengan la sensibilidad de investigar, en cada consulta, todo lo relacionado con el embarazo (feto como paciente, condiciones biosicosociales) y no solo enfocarse a la sintomatología materna.

Por otra parte, en Colombia se estima que el 35% de las muertes maternas están asociadas con ***trastornos hipertensivos del embarazo,*** siendo entonces un problema prioritario de salud pública. La preeclampsia, también conocida con otros nombres como toxemia o gestosis entre otros, es una de las enfermedades de mayor interés entre quienes dedican su tiempo a atender mujeres gestantes. Su alta complejidad y la gran

cantidad de interrogantes que aún rondan su fisiopatología y etiopatogenia la han convertido en uno de los tópicos favoritos de la obstetricia. El compromiso materno secundario a esta entidad es muy variable, pero en general su detección temprana y la terminación oportuna de la gestación disminuyen la morbimortalidad materna. Por ser una enfermedad del endotelio, sus manifestaciones pueden presentarse en cualquier órgano o sistema. En efecto, en ausencia de intervenciones, la preeclampsia puede progresar a una disfunción orgánica múltiple en la que sobresale el compromiso renal, hepático y cerebral. Algunas de sus complicaciones más frecuentes se han descrito específicamente; tal es el caso de las convulsiones conocidas como Eclampsia, o del llamado síndrome HELLP (caracterizado por compromiso hemolítico, hepático y trombocitopénico), situaciones ambas que representan un severo compromiso orgánico y que aumentan de manera dramática la morbimortalidad del binomio madre-hijo.

En relación con las infecciones en el embarazo, ocupa un lugar de alta importancia la ***Ruptura Prematura de Membranas*** **(RPM)**. Esta patología complica aproximadamente entre el 8 y el 10% de todos los embarazos, generando una alta tasa de morbilidad materna y perinatal (1). En la mayoría de los casos esta ocurre en embarazos a término; cuando este evento sucede antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino, la cual complica aproximadamente entre 1 a 3% de todos los embarazos únicos y entre 7 y 20% de los embarazo gemelares, siendo la causa directa de aproximadamente 40% de todos los partos pretérmino en el mundo, generando complicaciones y secuelas graves en el neonato (2). El periodo de latencia, el cual es definido como el intervalo de tiempo comprendido entre la ruptura de las membranas y el parto, determina el tipo de complicaciones que se pueden presentar en esta patología, dependiendo de la edad gestacional en que ocurre la ruptura y del manejo instaurado en la gestante (3). Entre las complicaciones maternas se destaca el mayor riesgo de corioamnionitis, siendo este a su vez factor de riesgo para subsecuentes infecciones y complicaciones asociadas a la hospitalización como el tiempo de estancia y la inmovilización, entre otras. En la mayoría de los casos el diagnóstico correcto de la RPM

está basado en una buena historia clínica, apoyado en hallazgos concordantes durante el examen físico (2). Aunque es una patología muy frecuente en los servicios obstétricos, el manejo aún se basa en un balance entre el riesgo de infección amniótica y/o fetal y las complicaciones asociadas a la prematurez, existiendo todavía controversias en cuanto a su diagnóstico y la manera de poder realizar este manejo de forma segura, lo cual genera a su vez disparidades en los beneficios a los pacientes como un incremento en la tasa de corioamnionitis, sepsis neonatal, ingreso a UCI, entre otros (2-4).

Una segunda infección de interés durante la gestación es la ***Toxoplasmosis***, la cual puede llevar a serias consecuencias en el desarrollo neurológico y en la salud visual del niño y es (en la mayoría de casos) el resultado de una infección primaria en una mujer embarazada inmunocompetente (5). Varios programas a nivel mundial están enfocados a su detección durante el embarazo (6-8). Durante más de una década existió debate sobre la eficacia del tratamiento prenatal, sin embargo publicaciones recientes que incluyen una revisión sistemática comparando cohortes de Europa, Norteamérica y de Suramérica (9), así como otros estudios observacionales (10), indican que existe beneficio del tratamiento prenatal sobre las formas severas. Asimismo, se ha encontrado que la situación en Suramérica es de mayor importancia que en Europa y Norteamérica, no sólo por su mayor frecuencia sino por la presentación de formas clínicas más severas y con mayor mortalidad (9, 11), debido a una mayor virulencia de las cepas circulantes en esta zona geográfica (12-15). En Colombia más de la mitad de las mujeres embarazadas (50-60%) poseen anticuerpos anti-*Toxoplasma,* lo cual indica una alta exposición y circulación del parásito en el país (16, 17). Es de esperar que entre 0,6% a 3% de las gestantes adquieran la infección durante el embarazo (5). Este riesgo es mayor en adolescentes quienes tienen un riesgo de seroconversión de 1,5% y es menor para las gestantes de 35 o más años quienes tienen un riesgo de seroconversión de 0,7% (5). Existe información acerca de diferencias en la frecuencia de marcadores de riesgo para la infección congénita en Colombia. Por ejemplo, Florencia (Caquetá) y Armenia (Quindío) tienen los porcentajes más altos (3 y 6 por cada 100 nacidos vivos, respectivamente). Bogotá, Barranquilla y Bucaramanga tienen

porcentajes intermedios (1,2 y 1,0 por 100 nacidos vivos respectivamente), mientras Cúcuta y Riohacha tienen los porcentajes más bajos (5 y 7 por 1.000 nacidos vivos respectivamente). Es de destacar que recientemente un estudio epidemiológico sobre toxoplasmosis congénita logró descubrir una relación entre alta o baja frecuencia de marcadores de riesgo para toxoplasmosis congénita con alta o baja precipitación de lluvias por ciudad (18).

Por su parte, *el* ***Parto*** se define como el proceso fisiológico por el cual un feto de 22 semanas o más de gestación o de 500 gramos o más de peso es expulsado del organismo materno por vías naturales. El parto y el periodo posparto inmediato se reconocen como momentos de especial vulnerabilidad para la madre y el recién nacido (19, 20). En el mundo mueren más de 350.000 mujeres cada año como resultado de complicaciones de la gestación y del parto (21, 22), constituyendo la causa principal de muerte en mujeres entre 15 y 49 años de edad en el mundo. Se estima que durante las primeras 24 horas después del parto, ocurren el 45% de las muertes maternas (20). Las diferencias en las razones de mortalidad materna entre países en desarrollo y países desarrollados demuestran una gran disparidad en los indicadores globales de salud (23). La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que cerca del 80% de las muertes maternas tienen causas directas tales como hemorragia posparto, desórdenes hipertensivos, sepsis puerperal, parto obstruido y aborto en condiciones inseguras (24, 25). El 20% de las muertes maternas tiene causas indirectas. Numerosos estudios han mostrado que demoras en tomar la decisión de acudir oportunamente al centro de salud, demoras en lograr el acceso al centro de salud y demoras en la atención o una calidad deficiente en la atención de la gestante son factores que pueden determinar la muerte materna (23). Una buena parte de las demoras en tomar la decisión de acercarse a los servicios de salud se debe a falta de información y de reconocimiento de los derechos por parte de las gestantes. Otra parte se debe a desconocimiento o subestimación de los signos y síntomas de alerta. Los retardos en alcanzar los centros de salud, cuando se ha tomado la decisión, se relacionan con barreras geográficas, de localización, transporte y económicas que

dificultan la llegada de la gestante a los centros de atención. Finalmente en las instituciones de salud pueden presentarse barreras administrativas o de disponibilidad para acceder a la atención especializada, de alta calidad y con los recursos tecnológicos apropiados.

Por último, las ***complicaciones hemorrágicas asociadas el embarazo*** siguen siendo un tema importante en el estudio de la mortalidad materna, ya que las mujeres gestantes siguen muriendo de causas prevenibles como la hemorragia masiva posparto, los trastornos hipertensivos y el aborto inseguro (26). La principal causa de hemorragia obstétrica es la hemorragia posparto. Según la Organización Mundial de la Salud la prevalencia promedio de la hemorragia posparto a nivel mundial es de 6,09% (IC 95%= 6,06-6,11); esta cifra varía con la metodología objetiva o subjetiva empleada para la medición del sangrado (10,55% y 7,23%, respectivamente). La hemorragia posparto masiva es un evento que se presenta en 1,86% de los partos (IC 95%=1,82-1,9) y es la primera causa de muerte materna en el mundo. La prevalencia en América Latina y el Caribe se estima en 8,9 % según una revisión sistemática que evaluó este evento en diferentes regiones del mundo (IC 95%= 8,03-9,86) (27). Estos mismos estudios no identificaron factores de riesgo asociados tradicionalmente a la hemorragia posparto como la multiparidad o el embarazo múltiple (28) y por el contrario, en dos tercios de las mujeres que la sufren, no se logra identificar ningún factor de riesgo asociado (29). Para una mujer que tiene un parto en los países en vías de desarrollo, el riesgo de morir a causa de una hemorragia posparto es de 1 por cada 1000 nacimientos en un período determinado, mientras que en países desarrollados como el Reino Unido, el riesgo es 100 veces menor. Cada año en el mundo, aproximadamente 14 millones de mujeres sufren de hemorragia posparto y de ellas, 125.000 fallecen debido a la falta de reconocimiento de las causas y a deficiencias con el tratamiento oportuno y adecuado (27). La hemorragia obstétrica no es sólo la primera causa de muerte materna, sino que es también la primera causa de morbilidad obstétrica extrema (30). Las principales complicaciones derivadas de la hemorragia obstétrica incluyen el choque hipovolémico, la coagulación intravascular

diseminada, la disfunción o falla de órganos como el riñón, el hígado y el pulmón. Las mujeres además se ven expuestas a los riesgos derivados de transfusiones masivas y a consecuencias como la realización de cirugías radicales como la histerectomía.

La disponibilidad de una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de estas alteraciones del embarazo, parto y el puerperio implica estandarizar para Colombia el cuidado de la mujer gestante, enfatizando la necesidad de la prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbimortalidad materna asociada y promoviendo la optimización de la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica.

OBJETIVO DE LA GPC

Desarrollar de manera sistemática recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, detección temprana y atención de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio, con el fin de optimizar la calidad de la atención obstétrica, mejorar la salud materno-fetal y reducir la morbimortalidad materno-perinatal asociada a los siguientes aspectos:

1. Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo.
2. Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo.
3. Infecciones del embarazo y el puerperio (ruptura prematura de membranas y toxoplasmosis).
4. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico.
5. Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abruptio placentae y hemorragia posparto).

ÁMBITO ASISTENCIAL

La propuesta hace recomendaciones para el primero, segundo y tercer nivel de atención. En el primero se tomarán en cuenta acciones de prevención, evaluación de riesgos, detección temprana, manejo inicial y referencia de las alteraciones del embarazo. En el segundo nivel, las acciones de prevención, evaluación de riesgos, detección temprana y manejo inicial de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, y en el tercer nivel las acciones de prevención y manejo de las complicaciones del embarazo, parto y el puerperio.

ALCANCE

La guía está dirigida al personal clínico asistencial que brinda cuidados a mujeres en la prevención, detección temprana y atención de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio, en los diferentes niveles de atención en salud (médicos familiares, médicos generales, médicos rurales, médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, anestesiólogos, intensivistas, profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud). Los manejos de condiciones específicas por parte de subespecialistas ameritan recomendaciones específicas que exceden el alcance de la presente propuesta. También se dirige, indirectamente, a quienes toman decisiones administrativas, tanto en el medio hospitalario como en las aseguradoras, pagadores del gasto en la salud y en la generación de políticas de salud.

GRUPO DE PACIENTES CONSIDERADOS EN LA GUÍA

Las recomendaciones contenidas en esta GPC van dirigidas a los siguientes grupos de mujeres:

- Mujeres saludables que tengan un embarazo de curso clínico normal y que inicien el control prenatal.

- Mujeres gestantes que tengan un embarazo de curso clínico normal y que durante el mismo:
    - Consulten por o se les encuentre durante el mismo, elevación de las cifras tensionales.
    - Consulten por o se les encuentre durante el mismo, salida de líquido amniótico por la vagina.
    - Consulten o se les encuentre durante el mismo, sospecha o diagnóstico de toxoplasmosis gestacional y sus recién nacidos.
- Mujeres saludables que tengan un embarazo de curso clínico normal y que consulten o ingresen a una institución de salud en trabajo de parto con una gestación a término (37 a 40 semanas) para la atención del primero y segundo periodos del parto.
- Mujeres en el tercer y cuarto periodos del parto (alumbramiento y puerperio inmediato).
- Mujeres embarazadas con choque hipovolémico de cualquier grado por placenta previa o abrupcio de placenta.
- Mujeres que durante el parto o el alumbramiento presenten hemorragia obstétrica que cause choque hipovolémico de cualquier grado.
- Mujeres hasta los 42 días posparto que presenten hemorragia de causa obstétrica que cause choque hipovolémico de cualquier grado.

GRUPO DE PACIENTES NO CONSIDERADOS EN LA GUÍA

La población a la cual **NO** se dirige la guía incluye los siguientes grupos poblacionales:

- Mujeres no embarazadas o que planeen concebir.
- Mujeres que cursen con embarazo de alto riesgo que requieran atención obstétrica especializada durante la gestación, el parto o el puerperio.
- Mujeres embarazadas con enfermedades médicas que requieran atención obstétrica especializada durante la gestación, el parto o el puerperio.

- Recién nacidos hijos de madres con antecedente de toxoplasmosis gestacional o sospecha de infección congénita no confirmada o con inmunosupresión.
- Mujeres embarazadas con alguna indicación obstétrica o médica que contraindique el manejo médico de la ruptura prematura de membranas.
- Mujeres embarazadas con alguna condición médica o del embarazo que contraindique el parto vaginal, requieran operación cesárea o inducción del trabajo de parto.
- Mujeres embarazadas con diagnóstico de distocia de la presentación o feto muerto.
- Mujeres en edad fértil que presenten hemorragias por causas no obstétricas.
- Mujeres con complicaciones del embarazo que potencialmente pueden ser causa de hemorragia obstétrica que presenten o no sangrado (embarazo ectópico, trastornos hematológicos, amenaza de aborto, aborto).
- Mujeres embarazadas que presenten hemorragia por causa no obstétrica.
- Mujeres embarazadas con placenta previa y abrupcio de placenta sin choque hipovolémico.
- Mujeres embarazadas que presenten enfermedades que contraindiquen la aplicación masiva de cristaloides como mujeres con cardiopatía, insuficiencia renal de cualquier origen, hipertensión pulmonar de cualquier origen, entre otras.

ASPECTOS CLÍNICOS ABORDADOS POR LA GUÍA

Los siguientes aspectos clínicos son abordados en esta Guía de Práctica Clínica:

- Duración, contenido y frecuencia de las citas de control prenatal en gestantes con embarazo de curso clínico normal.
- Manejo del control prenatal en mujeres con antecedente de cesárea.
- Tratamiento de síntomas asociados al embarazo (náusea, vómito, epigastralgia, entre otros).
- Vacunas a aplicar durante el embarazo.

- Uso de ecografía para diagnóstico de alteraciones fetoplacentarias.
- Monitoría del bienestar fetal en gestantes con embarazo de curso clínico normal.
- Embarazo y contraindicaciones laborales y de viaje.
- Consejería nutricional y suplementos nutricionales durante la gestación.
- Promoción de la lactancia materna.
- Infecciones objeto de tamización durante el embarazo.
- Estreptococo del Grupo B (EGB) y embarazo.
- Patologías objeto de tamización en gestantes con embarazos de curso normal.
- Factores de riesgo para toxoplasmosis.
- Prevención primaria y secundaria de la infección por toxoplasma.
- Pruebas de detección de anticuerpos contra toxoplasma.
- Manejo de la gestante con infección aguda por toxoplasma.
- Infección congénita por toxoplasma.
- Diagnóstico de ruptura prematura de membranas (RPM).
- Amniocentesis y RPM.
- Edad gestacional y viabilidad fetal.
- Uso de corticoides y RPM.
- Uso de antibióticos y RPM.
- Manejo expectante y no-expectante en pacientes con RPM.
- Neuroprotección en RPM.
- Humanización de la atención del parto.
- Admisión y exámenes de la gestante a término en trabajo de parto.
- Identificación de factores de riesgo antes del parto.
- Conducción y vigilancia materna y fetal durante el trabajo de parto.
- Diagnóstico y atención de las distocias durante el trabajo de parto.
- Atención del segundo periodo del parto.
- Diagnóstico y atención de las distocias del segundo periodo del parto.
- Prevención de la hemorragia posparto al finalizar el segundo periodo del parto.

- Prevención de la hemorragia posparto después de cesárea.
- Manejo de la retención placentaria y acretismo placentario.
- Manejo de la hemorragia posparto.
- Manejo de la hemorragia postparto por atonía uterina y abrupcio de placenta.
- Manejo del choque hipovolémico.
- Uso de hemoderivados en la hemorragia obstétrica.
- Atención en el puerperio mediato.

ASPECTOS CLÍNICOS NO ABORDADOS POR LA GUÍA

La guía no aborda los aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico y manejo de las complicaciones del embarazo que requieran atención obstétrica especializada y subespecializada durante el control prenatal y la atención del parto y del puerperio, tales como:

- Índice de masa corporal (IMC < 20 o >30).
- Embarazo en adolescentes o gestantes mayores de 35 años.
- Exposición a teratógenos o irradiación.
- Antecedentes obstétricos adversos como perdida recurrente del embarazo, embarazo ectópico, parto pretérmino, preeclampsia, diabetes gestacional, placenta previa, anomalías fetales, muerte fetal in útero, embarazo múltiple o Isoimmunización.
- Mujeres con antecedentes infecciosos como hepatitis B o C, Virus de Inmunodeficiencia humano (VIH), sífilis, TORCH, infecciones recurrentes del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual (ITS) o tuberculosis.
- Antecedentes médicos o quirúrgicos como enfermedad cardiovascular, hipertensión crónica, hiperlipidemia, diabetes pregestacional, enfermedad renal (incluyendo pielonefritis), enfermedad pulmonar (incluyendo asma), enfermedad autoinmune (incluyendo síndrome antifosfolípidos y lupus eritematoso), enfermedad tromboembolica, cáncer, enfermedad neurológica (incluyendo

epilepsia), enfermedad hematológica (incluyendo anemia, trombocitopenia), enfermedad tiroidea, cirugía bariátrica o bypass gástrico, cirugía uterina o cervical, trasplante, cirugía pélvica para infertilidad o infección o usuarias de drogas ilícitas, alcohol o cigarrillo.

- Condiciones psicosociales adversas como: depresión mayor, violencia sexual, violencia intrafamiliar o ausencia de apoyo de la red social.
- Atención de parto pretérmino, atención de embarazo prolongado, inducción del trabajo de parto o parto por operación cesárea.
- Manejo y prevención de causas de sangrado obstétrico diferentes al sangrado posparto como aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional, desprendimiento de placenta o placenta previa.

SECCIÓN METODOLÓGICA

El Grupo Desarrollador (GDG) de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio siguió en su metodología los lineamientos presentados por la Guía Metodológica (GM) para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social junto con COLCIENCIAS, el Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santafé de Bogotá y La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (31). La información generada en las diferentes etapas del proceso fue publicada para la información de los diferentes interesados en las páginas Web del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en la página web del GDG[1], para el conocimiento de los diferentes actores interesados en la elaboración de la guía.

La GPC de prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio fue desarrollada dentro de la alianza conformada por la Universidad Nacional de Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad de Antioquia para la conformación del Centro de Investigación y Evaluación de Tecnologías en Salud (CINETS).

La evaluación externa de esta guía se llevó a cabo por expertos internacionales en la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Evaluaciones Económicas. La aprobación de las versiones finales de estos productos fue realizada por el comité de verificación conformado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación -COLCIENCIAS- y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud- IETS.

[1] http://guiascolcienciasminproteccionsocialalianzacinets.org/; http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/Gu%C3%ADasdeAtenci%C3%B3n.aspx

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUIA (GDG)

El GDG se conformó con expertos temáticos y metodológicos quienes fueron responsables de diseñar la propuesta presentada en la Convocatoria 500 del 2.009 formulada por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación –COLCIENCIAS-, y que en consecuencia cumplían con los requisitos de formación y experiencia postulados en la misma. Una vez se surtió el proceso de la convocatoria y mediante un comité académico, se procedió a incorporar a un grupo de profesionales pertenecientes a las diferentes sociedades científicas para vincularse al GDG. De igual manera, entre el grupo de estudiantes de diferentes posgrados relacionados con la GPC (como Especialidad en Ginecología y Obstetricia, Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Maestría en Epidemiología Clínica, Doctorado en Ginecología, Obstetricia, Medicina Preventiva y Salud Pública) se identificaron los monitores y revisores que fueron vinculados al equipo final. También fueron incorporados al GDG para su participación en el proceso representantes de pacientes y pacientes quienes aportaron sus opiniones en las diferentes etapas del proceso. Un grupo importante de profesionales en Economía de la Salud fue convocado para la realización de las diferentes evaluaciones económicas seleccionadas y definidas por el GDG como de alta importancia.

Finalmente, mediante la conformación de una base de datos de instituciones, organizaciones y grupos de interés, se identificó a las personas que serían invitadas a participar en los diferentes consensos públicos para proponer y recibir retroalimentación sobre las recomendaciones propuestas. En todo momento se contó con el apoyo de profesionales de alta calidad en la Dirección de la guía y en la gestión de comunicaciones.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Al momento de presentar la postulación a la Convocatoria 500 de 2.009 por medio de la cual se seleccionó al GDG, se dejó por escrito y de antemano constancia de los potenciales conflictos de interés de los participantes (miembros del GDG y otros) para su desarrollo.

Este documento fue elaborado y firmado por parte de cada uno de los participantes y fue entregado al momento de iniciar el proceso, con el ánimo de que la intervención de sus miembros fuera un proceso absolutamente transparente.

Una vez se presentaron los resultados de la convocatoria y se dio inicio al proceso de manera formal, los miembros del GDG suscribieron el documento oficial de Declaración de Conflicto de Intereses para analizar la existencia de intereses de tipo económico personal, económico personal de un familiar, económico no personal o no económico personal, acorde con lo planteado por la Herramienta 2 de la GM del Ministerio de Salud y Protección Social. Al interior de cada grupo de trabajo o sección, en quienes se encontró que hubo declaración de conflictos de interés, se llevó a cabo el análisis del tipo de conflicto declarado y la conducta a seguir por dos miembros del mismo GDG. Cuando uno de los líderes de la Guía declaró algún conflicto de interés, miembros de GDG de guías distintas y del equipo de dirección fueron los encargados de hacer tal valoración. En ningún caso hubo disenso en las decisiones, por lo que no se requirió procesos adicionales. Finalmente, se reportaron las conductas a seguir, siguiendo y teniendo en cuenta en todo momento, las indicaciones dadas por la GM del Ministerio de Salud y Protección Social. Los documentos de declaración de conflictos de interés fueron publicados en página web y quedaron disponibles para toda la comunidad en general.

DEFINICIÓN DE ALCANCE Y OBJETIVOS

La definición del alcance y objetivos de la presente GPC se llevó a cabo a partir de un acuerdo consensuado entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el GDG. En primer lugar el GDG, mediante una revisión de literatura, estableció de manera preliminar los temas y subtemas, objetivos, antecedentes y justificación de la necesidad de generar cada guía en términos de la carga de la enfermedad, el impacto hacia los usuarios de las recomendaciones de las mismas, sumado a una discusión de las razones por las cuales su implementación resultaría beneficiosa para el sistema de salud colombiano.

Posteriormente, el documento preliminar de alcance y objetivos se discutió con el ente gestor, mediante consulta a expertos en cada una de las áreas del Ministerio. De igual forma, se publicó en la página web para la recepción de comentarios y/o sugerencias de los diferentes grupos interesados en el proceso. Estos comentarios fueron analizados por el GDG en conjunto con el ente gestor. A partir de la retroalimentación recibida se realizaron los ajustes pertinentes y el documento definitivo de alcances y objetivos de la Guía fue publicado en la página web del GDG.

Adicionalmente se identificaron los temas generales a ser evaluados dentro del proceso de atención clínica, lo que permitió establecer los aspectos relevantes relacionados con dificultades o problemas en la prestación de los servicios por parte de los profesionales de la salud derivados de las variaciones en los esquemas de manejo. La priorización y selección de los tópicos se enfocó en aquellos que implicaban mayor morbilidad, mortalidad, complicaciones médico-quirúrgicas y calidad de vida de los usuarios. A partir de tales tópicos, se inició el proceso de formulación de preguntas preliminares.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

El proceso de formulación de preguntas se desarrolló en varias etapas a través de consensos informales, en las cuales participaron todos los miembros del GDG por sección, mediante diferentes opciones (reuniones presenciales, reuniones virtuales vía internet o contribuciones escritas). Así mismo, se realizaron reuniones generales con al menos un representante de cada sección para evitar duplicación de preguntas y ayudar a la cohesión de los componentes de la GPC total.

En **primer lugar**, se realizó un listado de las preguntas genéricas por parte de los expertos temáticos participantes en la GPC, quienes se valieron de su experiencia clínica en el manejo de las diferentes patologías. Estos primeros listados de preguntas clínicas

estuvieron constituidos por un rango de entre 15 (por ejemplo, sección de infecciones-toxoplasmosis) hasta 90 preguntas (por ejemplo, atención del parto normal y distócico).

En una **segunda etapa** se reunieron los epidemiólogos participantes de la guía (líder y monitor) para filtrar preguntas duplicadas y ordenar el cuerpo de preguntas siguiendo la ruta de manejo clínico usual del embarazo, lo que se convirtió en un primer filtro depurado del listado de preguntas que fue sometido a una evaluación más rigurosa.

En un **tercer momento**, y para decidir la inclusión o exclusión de las preguntas, se solicitó a cada miembro del GDG (dentro de la sección correspondiente) considerar para cada pregunta los siguientes aspectos:

- **Evidencia**: referida a la disponibilidad de información en la literatura científica que permita abordar de manera adecuada la pregunta clínica propuesta.
- **Factibilidad**: Relacionada con la probabilidad de que el escenario clínico al cual refiere la pregunta se presente en el contexto del país.
- **Decisión:** Una vez llenados los apartados de evidencia y factibilidad, cada miembro del equipo, decidió si la pregunta era susceptible de ser incluida y socializada con los diferentes actores del sistema. Sin embargo, una pregunta podía ser calificada como "incluida" sin tener en cuenta las puntuaciones previamente realizadas, basada en su importancia clínica.

La calificación de las preguntas en el apartado "Decisión" se realizó de manera individual por cada miembro del GDG en una escala de 1 a 5 para los aspectos de Evidencia y Factibilidad, y con opciones de SI-NO para la decisión de inclusión, luego de lo cual se obtuvieron calificaciones de todos los miembros del GDG por sección para cada una de las preguntas propuestas. Las calificaciones fueron consolidadas en un archivo único siguiendo el esquema de calificación contenido en las Tablas 1 y 2 para su análisis

posterior, lo que permitió a los epidemiólogos líderes de cada sección tomar decisiones respecto a la continuidad de varias de las preguntas propuestas en apartados anteriores.

Tabla 1. Escala de calificación referente a la Evidencia.

Paso 6 GM-Desarrollo de preguntas genéricas.

Ninguna evidencia	Poca evidencia	Alguna disponibilidad de evidencia	Bastante evidencia	Mucha evidencia	No dispone de información o conocimientos para calificar
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

Tabla 2. Escala de calificación referente a la Factibilidad.

Paso 6 GM- Desarrollo de preguntas genéricas.

Nada importante	Poco importante	Puede o no puede ser importante	Importante	Muy importante	No dispone de información o conocimientos para calificar
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

En una **cuarta etapa**, se resumió la información numérica recolectada del paso anterior, se estimó la media para cada pregunta en los elementos de Evidencia y Factibilidad y se determinó que las preguntas con promedio menor o igual a 3 unidades se revisarían en consenso informal por el GDG para su inclusión o exclusión definitiva de la GPC. Se presentó la calificación consolidada del apartado de decisión para la revisión final, con lo que se creó un nuevo listado de preguntas para revisión posterior, sumado a la reformulación de preguntas redundantes y exclusión de algunas por no estar previstas en el alcance y objetivos de la GPC y modificaciones en la redacción.

Luego y a partir de la construcción de preguntas genéricas, en un **quinto momento**, éstas se reformularon en el formato PECOT/PICOT. Los epidemiólogos participantes de la guía realizaron los primeros borradores de las preguntas PICOT y las sometieron a revisión por parte de los expertos temáticos participantes del GDG, proceso iterativo de revisión que se realizó con participación de miembros de otras secciones en las reuniones de consenso y en la revisión de los listados finales.

DETERMINACIÓN DE DESENLACES

La identificación inicial de desenlaces se realizó durante la construcción de las preguntas PECOT/PICOT, donde de manera paralela se elaboró un listado de desenlaces susceptibles de evaluación. Así mismo, se identificaron nuevos desenlaces durante la reformulación de las preguntas genéricas cuando esto fue pertinente. Este listado fue generado por el GDG y revisado junto con el resto de información de las preguntas genéricas. Los desenlaces se pusieron a consideración de los diferentes grupos de interés, en los escenarios previamente mencionados (reuniones de pre-socialización, socialización, reuniones virtuales y herramientas de captura vía web). Para la recopilación de la información se utilizó la Herramienta No 5 sugerida por la GM del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la valoración de los desenlaces, los miembros del GDG individualmente los calificaron en una escala de 9 unidades sugerida por la GM. La información fue consignada y consolidada en un formato común para todos los grupos de la GPC. La escala empleada se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Escala de calificación referente a la dimensión crítica del desenlace.

Paso 7 GM- Identificación y priorización de desenlaces.

BAJA IMPORTANCIA PARA TOMAR UNA DECISIÓN			IMPORTANTE PERO NO CRÍTICO PARA TOMAR UNA DECISIÓN			CRÍTICO PARA TOMAR UNA DECISIÓN		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Al final se examinaron los desenlaces que habían obtenido calificaciones menores a 4 unidades y se tomaron decisiones referentes a su inclusión o no dentro de la pregunta clínica evaluada. Es de resaltar que, con el fin de considerar la opinión de los pacientes dentro del proceso de priorización, el GDG incorporó a cuatro representantes que pudiesen calificar los desenlaces en los mismos términos que los expertos temáticos. Estos representantes aportaron información desde el punto de vista de las gestantes en la priorización de los diferentes desenlaces propuestos e incorporaron sus puntos de vista y observaciones a las preguntas propuestas.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS EN FORMATO "PICO"

Una vez identificadas las preguntas clínicas preliminares y los desenlaces asociados a cada pregunta, se formularon las preguntas clínicas en formato "PICO/PECO" acorde con las sugerencias y comentarios recibidos durante el proceso.

En la estructura se consideraron: la población de estudio, las intervenciones/pruebas diagnósticas, los factores de riesgo/pronóstico, los comparadores (si aplicaban) y sus correspondientes desenlaces:

- **Población**: Pacientes embarazadas, grupos de edad, estadío de la gestación, comorbilidades obstétricas asociadas.

- **Intervención:** Intervenciones, factores pronóstico, agentes etiológicos, pruebas diagnósticas y de seguimiento.
- **Comparadores:** referidos a la alternativa de intervención o prueba diagnóstica. Se consideraron en las preguntas que aplicaban.
- **Outcomes:** variables de desenlace o de resultado clínicamente importantes para responder la pregunta.

(*Ver el listado de preguntas clínicas en formato PICO/PECO incluidas en el anexo No 1 del presente documento).*

DECISIÓN SOBRE DESARROLLO O ADAPTACIÓN

Una vez formuladas las preguntas clínicas, el GDG procedió a realizar una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) orientada a identificar guías nacionales e internacionales en obstetricia publicadas entre el 2.000 y el 2.011. Esta búsqueda se realizó en los siguientes sitios de búsqueda, mismos que son sugeridos por el Manual Metodológico de GPC del Sistema Nacional de Salud de España (32):

A. Compiladores

- AHRQ National Guidelines Clearinghouse: www.guideline.gov
- NHS National Library of Guidelines: www.library.nhs.uk/GuidelinesFinder
- GuiaSalud: www.guiasalud.es

B. Instituciones Elaboradoras

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: www.sign.ac.uk
- National Institute for Clinical Excellence: www.nice.org.uk
- Australian National Health and Medical Research Council: www.nhmrc.gov.au
- New Zealand Guidelines Group: www.nzgg.org.nz
- Geneva Foundation for Medical Education and Research: www.gfmer.ch

- Organización Mundial de la Salud (OMS): www.who.int/library/database/index.en.shtml
- Organización Panamericana de la Salud (OPS): www.paho.org/hq/publications.paho.org
- ICSI Health Care Guidelines: www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/
- Singapore MoH Guidelines Project: www.moh.gov.sg/mohcorp/publications.aspx?id=16266

C. Meta buscadores

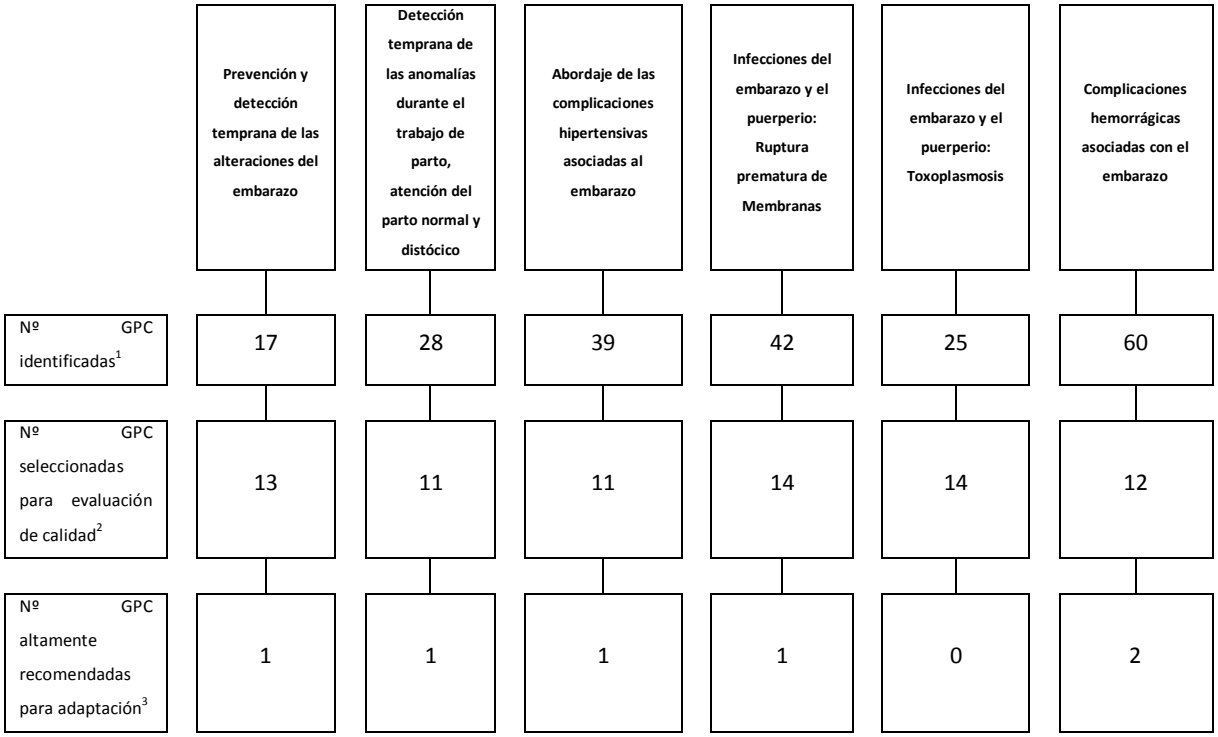
- TRIP database: www.tripdatabase.com
- Excelencia Clínica: www.excelenciaclinica.net

D. Otros

- MEDLINE a través de PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez
- EMBASE a través de OVID :www.embase.com
- LILACS a través de BVS: http://lilacs.bvsalud.org/es/
- SOGC Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada www.sogc.org/guidelines/index_e.asp
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: www.rcog.org.uk
- Búsqueda de literatura gris perteneciente a GPC de Ministerios de la región a través de Google.

En todas las subguías se excluyeron las versiones previas de GPC ya actualizadas, así como críticas y comentarios a GPC, versiones resumidas de las mismas o documentos previos al año 2.000. La Figura 1 muestra los principales hallazgos de la revisión sistemática de GPC correspondientes a la GPC de Embarazo y Parto.

Figura 1. Revisión sistemática de GPC-Evaluación de Calidad- Pasos 9 a 12 GM.



[1] Identificadas y consolidadas en todas las fuentes de información con exclusión de duplicados.

[2] Posterior a la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

[3] Altamente recomendadas = 3 ó más dominios del DELBI superiores al 60%

Posterior a esta selección se evaluó la calidad de las guías identificadas mediante la utilización del Instrumento DELBI (Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung) (33). Cada guía fue valorada independientemente por cuatro evaluadores capacitados, quienes calificaron cada ítem contenido en los diferentes dominios de la herramienta. Luego se estimó el puntaje total ponderado a cada dominio según las calificaciones individuales otorgadas por los diferentes evaluadores y acorde con el manual del instrumento.

En consenso informal del GDG, se evaluaron las puntuaciones ponderadas en conjunto y se llegó a acuerdo respecto a la evaluación global de la calidad de las GPC evaluadas. Como resultado del proceso de calificación de calidad, se identificaron guías susceptibles

de adaptación y se establecieron mediante consenso informal las recomendaciones más relevantes que, posteriormente, fueron evaluadas con el instrumento GLIA para valorar su posibilidad de implementación en nuestro contexto.

Una vez surtidos los pasos anteriormente descritos, el GDG procedió a tomar la decisión de desarrollar de *novo* o adaptar, tomando como insumo las calificaciones de calidad e implementabilidad. En coherencia con el proceso previamente desarrollado, para la elaboración de la guía de detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio, el GDG decidió adaptar las siguientes guías:

1. *"Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman"* (NICE 2.008) para la sección sobre la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo (34);
2. *"Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy"* (NICE 2.010) para la sección sobre el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo(35);
3. "*Guía de práctica clínica sobre la atención del parto normal*" (OSTEBA- País Vasco 2.010) para la sección sobre la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico(36);
4. *"Preterm prelabour rupture of membranes"* (RCOG 2.006) para la sección sobre infecciones del embarazo y el puerperio - Ruptura Prematura de Membranas (37);
5. *"Prevention and management of postpartum haemorrhage"* (RCOG 2.009) y *"WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta 2.009."* (WHO 2.009) para la sección sobre las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio de placenta y hemorragia posparto) (38, 39).

6. La sección sobre infecciones del embarazo y el puerperio – Toxoplasmosis no tuvo GPC adaptables a nuestro contexto, por tanto se desarrolló de novo en su totalidad.

En la Tabla 4 se identifican, por número, las preguntas que no fueron objeto de adaptación en cada una de las secciones (por no estar incluidas en la GPC adaptada) para las cuales, se realizó un desarrollo de *Novo* acorde con los pasos metodológicos sugeridos por la GM del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 4. Decisiones de adaptación y preguntas huérfanas.

Sección	Decisión	Justificación	Preguntas huérfanas y conducta a seguir
Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo	Adaptación de GPC	Concordancia con el alcance y los objetivos. Responde a la mayoría de las preguntas identificadas. No se identifican barreras insalvables para la implementación.	Preguntas 2,7,16,20,30,34: Paso 13 (RSL)
Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo	Adaptación de GPC	Concordancia con el alcance y los objetivos. Responde a la mayoría de las preguntas identificadas. No se identifican barreras insalvables para la implementación.	Preguntas 1,2,4,5: Paso 13 (RSL)
Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico	Adaptación de GPC	Concordancia con el alcance y los objetivos. Responde a la mayoría de las preguntas identificadas. Disponibilidad de las estrategias de búsqueda y las tablas de evidencia. No se identifican barreras insalvables para la implementación.	Preguntas 2,11,17,19,23,28,29,30,32: Paso 13 (RSL)
Infecciones del embarazo y el puerperio: Ruptura prematura de Membranas	Adaptación de GPC	Concordancia con el alcance y los objetivos. Responde a la mayoría de las preguntas identificadas. No se identifican barreras insalvables para la implementación.	Preguntas 1,5,6,8,10,12,14,15,17,19: Paso 13 (RSL)

Sección	Decisión	Justificación	Preguntas huérfanas y conducta a seguir
Infecciones del embarazo y el puerperio: Toxoplasmosis	Desarrollo de novo	No concordancia con el alcance y los objetivos. No responden a la mayoría de las preguntas identificadas. No existe disponibilidad de las estrategias de búsqueda y las tablas de evidencia.	Paso 13 (RSL)
Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo	Adaptación de 2 GPC	Concordancia parcial y complementaria con el alcance y los objetivos. Responden a la mayoría de las preguntas identificadas. No se identifican barreras insalvables para la implementación.	Pregunta: 11 Paso 13 (RSL)

(*Ver las GPC evaluadas mediante instrumento DELBI y GLIA en el anexo No 2).*

PROCESO DE ADAPTACIÓN Y DESARROLLO DE NOVO

El GDG inició el proceso de adaptación conforme a las recomendaciones del New Zealand Guidelines Group, el cual realiza modificaciones a la estrategia propuesta por ADAPTE en términos de optimizar los tiempos del proceso (40, 41). En general, el proceso surtido siguió los siguientes pasos:

Primera Fase.

Esta fase incluyó las tareas necesarias previas al proceso de adaptación, las cuales ya habían sido previamente abordadas en los pasos previos sugeridos por la GM del Ministerio de Salud y Protección Social. Estas fueron:

- Decidir el alcance de la GPC: previamente concertado en el desarrollo del alcance y objetivos de la GPC.
- Desarrollar las preguntas basadas en el alcance establecido: previamente realizado en la construcción de preguntas clínicas y en formato PICO/PECO.
- Búsqueda de GPC relevantes: previamente realizado en la Revisión Sistemática de la Literatura (RSL) de guías para cada una de las subguías que componen la GPC.

- Evaluación de la calidad de las GPC identificadas: previamente realizado por medio del instrumento DELBI, sugerido por la GM.
- Selección de GPC adaptables: posterior a la calificación por el instrumento DELBI y la evaluación de implementabilidad por el instrumento GLIA se identificaron 6 GPC de calidad, susceptibles de adaptación.
- Análisis de contenido según alcance y aplicabilidad: todas las GPC seleccionadas contaban con poblaciones diana similares a las de la GPC, así como intervenciones y desenlaces contemplados en las preguntas de nuestra guía. Si bien todas pertenecen a sistemas de salud diferentes al nuestro, se realizó la anotación de evaluar en profundidad la pertinencia de las recomendaciones en nuestro sistema.

Segunda Fase.

Comprende actividades propias del proceso de adaptación del contenido de la guía y sus recomendaciones al contexto local. Esta fase incluyó:

- Identificación de los vacíos entre la GPC a adaptar y la GPC: l GDG previamente ya había identificado las preguntas clínicas no cubiertas por las GPC a adaptar, las cuales tuvieron que ser desarrolladas de novo por el grupo desarrollador.
- Identificación de las fuentes de evidencia: en algunos casos no se contó con las estrategias originales de búsqueda, ya que los GDG no disponían de ellas. Ante esto el GDG desarrolló estrategias propias para cada una de estas preguntas. Un hecho común fue la no disponibilidad de las tablas de evidencia, ante lo cual se decidió la reconstrucción de la información disponible en la guía adaptada.
- Referencia de la evidencia, el nivel de la misma y las recomendaciones establecidas: cuatro de las seis GPC seleccionadas hacían uso del sistema SIGN para proporcionar el nivel de evidencia y los grados de recomendación para preguntas de intervenciones. Tres de ellas hacían uso de la escala sugerida por NICE para preguntas de diagnóstico. En aras de unificar el lenguaje de toda la GPC, los mencionados sistemas de graduación fueron elegidos para todas las preguntas

y recomendaciones de la guía. Las preguntas que tuvieron una calificación en un sistema diferente (por ejemplo, Task Force) fueron reevaluadas en relación a su nivel de evidencia y fueron consignadas en las tablas de evidencia correspondientes en espera de la nueva evidencia disponible. Todas las GPC seleccionadas contaban con sección de referencias y estas fueron consignadas en los archivos de manejo de referencias para su posterior uso en el texto de la GPC.

Tercera Fase.

Esta fase incluyó las tareas de actualización de la evidencia contenida en la GPC a adaptar. En este caso, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Síntesis de los resultados encontrados en las tablas de evidencia de la guía adaptada y producción de resúmenes para cada pregunta clínica. Se creó un formulario estandarizado para estos resúmenes, en los cuales se consignó la información de la GPC adaptada. Ejecución de las estrategias de búsqueda para incluir las preguntas seleccionadas (asegurando la actualidad de la nueva guía) y aquellas no incluidas en la guía a adaptar (respondiendo las preguntas nuevas). En los casos cuando las estrategias de búsqueda estuvieron disponibles, el GDG volvió a ejecutar dichas estrategias con límites de un año previo al año declarado como fecha de búsqueda por la GPC adaptada. La nueva información fue exportada al manejador de referencias y fue evaluada acorde con los estándares de evaluación de calidad de la evidencia (*Ver sección Desarrollo de Novo*). Se creó un formulario para consignar la nueva información junto con los resúmenes de evidencia previamente descritos. En el caso de no disponer de estrategias reproducibles de búsqueda de literatura, el GDG desarrolló estrategias acordes con la naturaleza de la pregunta y los niveles de evidencia más relevantes en concordancia con los hallazgos de la GPC adaptada. La búsqueda de evidencia de las preguntas que no fueron adaptadas se muestra en la sección Desarrollo de Novo.

- Presentación de los resúmenes de evidencia al GDG y desarrollo de las recomendaciones: como producto del proceso de adaptación se dispuso de tablas de evidencia que recolectaban la información de la GPC adaptada en el sistema de graduación de la evidencia seleccionado para la GPC, junto con las recomendaciones provistas por la guía seleccionada. Este material fue la base para el desarrollo de las recomendaciones de la GPC, proceso que se detalla en la sección "*Formulación de Recomendaciones*".

DESARROLLO DE NOVO

En el caso de las preguntas cuya adaptación no fue posible, debido a que no estaban incluidas en las GPC identificadas, se procedió a realizar una RSL para cada una de ellas, acorde con los lineamientos sugeridos por la GM del Ministerio de Salud y Protección Social.

Planeación de la revisión:

a. Identificación de las necesidades para la revisión y determinación de los recursos e insumos existentes: para cubrir este paso el GDG fue conformado desde el inicio con los recursos necesarios y suficientes para el desarrollo de cualquier revisión necesaria dentro de la GPC.
b. Exploración de la literatura biomédica existente: cada una de las preguntas de desarrollo *de novo* contó con un diccionario de términos ajustado a los requerimientos de las bases de datos a emplear, el cual fue aprobado por los expertos clínicos previo a su uso. Posteriormente, se realizaron búsquedas de RSL publicadas en bases de datos indexadas, creando estrategias de búsqueda acorde con esta tarea. Cuando se contó con revisiones sistemáticas de la literatura (RSL) (tanto de intervenciones como diagnósticas) se procedió a evaluarlas en su calidad por medio de instrumentos diseñados para este fin, y en caso de ser calificada como de adecuada calidad y concordante con la pregunta clínica de la GPC, el GDG procedió a la extracción de datos y a su actualización en los casos en que aplicaba.

La información proporcionada por dichas revisiones fue consignada en las tablas de evidencia.

c. Desarrollo de un protocolo para la revisión: en los casos de ausencia de RSL de calidad, el GDG desarrolló un protocolo con los elementos necesarios para la selección de la evidencia y la evaluación de su calidad, que incluyó:

- Contexto del tópico de la revisión.
- Justificación de la revisión.
- Objetivos de la revisión propuesta.
- Pregunta de investigación (formato clínico y PICO).
- Definición de los criterios de selección.
- Definición de las variables de interés.
- Metodología de la búsqueda y estrategia de extracción de datos.
- Proceso metodológico para el análisis de resultados.
- Estrategias de búsqueda empleadas.
- Resultados.
- Conclusiones.

Las bases de datos empleadas fueron MEDLINE (vía PUBMED y OVID), EMBASE, Cochrane Library Plus (vía OVID) y el CDR-Centre for Reviews and Dissemination Database.

Realización de la revisión:

La estrategia de búsqueda diseñada para cada pregunta fue desarrollada y sus resultados consignados en formatos que reflejaban la base consultada, fecha de realización, listado de términos, límites y filtros empleados y los resultados numéricos de la misma. Los resultados de la búsqueda fueron almacenados en el programa de manejo de referencias usado por el GDG y estuvo disponible para la selección de las referencias por título y resumen.

Selección, evaluación, síntesis y graduación de la evidencia:

Dos miembros del GDG en consenso seleccionaron la información para ser obtenida en texto completo revisando los títulos y resúmenes resultantes de la búsqueda sistemática de la literatura. Posterior a esta selección, los miembros del GDG asignados revisaron el texto completo de los artículos seleccionados y aplicaron los criterios de selección y la metodología propuesta en el protocolo para cada pregunta. Se obtuvo un listado de referencias que fue evaluado en su calidad de manera independiente por dos miembros del GDG mediante herramientas adecuadas para esta valoración. En todos los casos el GDG usó las herramientas y plantillas de evaluación recomendadas por SIGN para la valoración de la calidad de los estudios primarios y secundarios (42). Cualquier discrepancia entre los evaluadores fue resuelta por consenso.

Los resultados de esta revisión fueron consignados en tablas de evidencia que resumen los datos de la evidencia valorada. Dichas tablas incluyeron información referente a: datos de identificación del estudio evaluado, diseño, población participante, resultados (incluyendo medidas de efecto, diagnósticas o frecuencias según el caso), conclusiones, nivel de evidencia y comentarios si hubiese lugar. Se usó el sistema SIGN para las preguntas de intervenciones y las modificaciones sugeridas por NICE para las preguntas de diagnóstico (42, 43).

(*Ver las Estrategias de búsqueda y las Tablas de evidencia en los Anexos 3 y 4 de la presente GPC).*

FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES

Los insumos básicos para la formulación de recomendaciones fueron las tablas de evidencia previamente construidas en los pasos anteriores junto con el material bibliográfico consultado y la experiencia clínica de los miembros del GDG. Los líderes de cada sección desarrollaron recomendaciones en borrador para cada pregunta, acorde con

la evidencia identificada y la recomendación presentada en la GPC adaptada, las cuales fueron llevadas al consenso del GDG.

Para cada pregunta con evidencia disponible se realizó un consenso informal de expertos del cual participaron expertos clínicos, metodológicos y representantes de pacientes en el GDG. Se diligenció por cada pregunta un formato estandarizado similar al sugerido por SIGN y complementado con los aspectos sugeridos por GRADE, el cual incluyó información referente a:

- Volumen y calidad de la evidencia: se exploraron las opiniones de los miembros del GDG referentes al volumen de la evidencia disponible para la pregunta, así como comentarios de la calidad metodológica de la misma.
- Aplicabilidad de la información recolectada: se documentaron los acuerdos o desacuerdos de los participantes referentes a la aplicabilidad directa de la evidencia a nuestro sistema de salud.
- Validez externa: se indagó si había objeciones respecto a la generalización de los resultados encontrados para la población diana de la GPC.
- Consistencia de la evidencia: se exploró si habían resultados contradictorios dentro de la evidencia identificada y si esto causaba un impacto significativo en la recomendación a formular.
- Incertidumbre sobre el balance daño-beneficio: se documentaron las dudas referentes a la utilidad de los beneficios *vs.* las consecuencias indeseables de las conductas sugeridas por la evidencia y cómo esto afectaba a la recomendación a formular.
- Incertidumbre o diferencias en los valores: se indagó en los representantes de pacientes y los miembros del GDG si podrían presentarse diferencias en los valores y preferencias por parte de los pacientes o usuarios de la posible recomendación de la guía.
- Necesidad de recursos: se documentó si se requería un costo considerable para la adopción completa de las conductas sugeridas por la evidencia.

Posterior a este juicio, y en consenso, se redactaron las recomendaciones derivadas de contestar la pregunta clínica de la GPC y se relacionaron con el nivel de evidencia sugerido por el sistema de graduación seleccionado.

En la totalidad de los casos, las recomendaciones fueron redactadas teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Se redactaron con lenguaje conciso y claro, evitando las ambigüedades.
- Fueron enfocadas en las acciones que el usuario de la guía debe realizar.
- Incluyeron la información necesaria para realizar de manera adecuada la acción recomendada.
- Reflejaron la fuerza de la recomendación con lenguaje apropiado dentro de la sentencia.

En los casos en que no se encontró evidencia para soportar las recomendaciones o temas críticos para la práctica clínica, se optó por usar métodos formales de consenso, pues estos ofrecen una alternativa explícita y transparente para la generación de información. En este caso se usó el método Delphi modificado (método de apropiación RAND/UCLA), el cual constituye una técnica mixta entre la técnica de grupos nominales y el Método Delphi.

Se realizó una ronda de decisiones por correo y una ronda presencial final de consenso. Se tomó como material inicial las recomendaciones preliminares realizadas por el GDG para cada indicación. Un panel multidisciplinario de expertos calificó la recomendación para cada pregunta de la GPC usando una escala de 9 puntos tanto en las rondas por correo como en la reunión final. Después de la primera ronda, los participantes recibieron retroalimentación de su calificación y la del grupo. En la reunión presencial se discutieron áreas de acuerdo y desacuerdo y se tuvo la oportunidad de revisar las definiciones de indicaciones y calificar de nuevo las recomendaciones si no se había alcanzado acuerdo en las votaciones. Si en una recomendación no hubo acuerdo se declaraba incierto.

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

La incorporación de la perspectiva de los pacientes se realizó mediante diferentes estrategias a lo largo del proceso de desarrollo de la GPC.

a. Vinculación de un representante de pacientes a las mesas de discusión y a las reuniones del GDG a lo largo del proceso de desarrollo de la Guía

Cada subguía contó con un representante de pacientes que trabajó con el Grupo Desarrollador de la Guía durante todo el proceso. Para ello se seleccionaron personas con alto nivel educativo, que manejaran información adecuada en relación con el tema de la Guía, que tuviesen experiencia en el trabajo con pacientes y que aceptaron participar como representantes y voceros de las pacientes.

b. Durante la fase de revisión de literatura

Mediante la búsqueda de referencias que exploran los valores de los pacientes y sus familias en relación a la patología en estudio. El objetivo de esta fase fue indagar por literatura que explorara los valores de los pacientes y sus familias en relación al problema en estudio. Para ello se utilizó el algoritmo usado para la formulación de las preguntas clínicas con el propósito de sugerir preguntas adicionales importantes desde la perspectiva de los pacientes o perfilar las preguntas previamente diseñadas por el equipo de expertos para ajustarlas a la perspectiva de los pacientes. Se formularon preguntas que incorporaron la perspectiva de los pacientes o se ajustaron, a estos términos, preguntas previamente formuladas por expertos. Siguiendo las recomendaciones del grupo metodológico encargado de las búsquedas de la literatura se incluyeron términos relevantes para explorar la perspectiva de los pacientes en relación a cada una de las intervenciones. Dicha búsqueda se centró en áreas que identificaron como susceptibles de preferencia por el grupo de expertos temáticos.

c. En la fase de formulación de preguntas clínicas e identificación de desenlaces

En este paso el objetivo fue explorar los valores de los pacientes en cada una de las fases del proceso de atención para generar preguntas clínicas nuevas que se consideraran relevantes o para ajustar las preguntas previamente formuladas a dichos valores y se exploraron los desenlaces que son importantes para los pacientes como resultado de las intervenciones llevadas a cabo en el proceso de atención. La metodología desarrollada para cumplir con este aspecto fueron las entrevistas en profundidad a pacientes de cada una de las patologías que contemplan las subguías.

d. En la fase de generación de recomendaciones

Mediante la inclusión de recomendaciones particulares sobre los aspectos importantes de los pacientes, teniendo en cuenta sus valores y preferencias en el proceso de atención de la patología con el objetivo de que el profesional encargado de la atención sea sensible a las mismas. Para la incorporación de la perspectiva de los pacientes en esta fase se realizaron consultas con el GDG orientadas a recibir retroalimentación a partir de los resultados de las entrevistas en profundidad y verificar que las recomendaciones realizadas en fases previas fueron incluidas en la guía.

e. En la fase de construcción de la GPC versión para pacientes.

Los representantes de pacientes revisaron todas las versiones generadas por el GDG referentes a la versión de la GPC de pacientes, hasta su versión final. Posterior a esto, seis pacientes, cuidadores o familiares de pacientes independientes al GDG revisaron la versión final de este documento y generaron recomendaciones y sugerencias que fueron tenidas en cuenta para finalizar esta versión.

(Ver descripción y resultados del proceso de incorporación de pacientes en el anexo No 6 del presente documento).

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS GRUPOS INTERESADOS

Los diferentes grupos de interés fueron vinculados en los diferentes momentos del desarrollo de la Guía, para lo cual se creó una estrategia comunicativa orientada a abrir espacios de interacción y participación en los cuales se generaron reflexiones que permitieron legitimar el proceso de desarrollo y aprobación de la GPC.

Inicialmente se identificaron los grupos de interés y a partir de esto se procedió a invitarlos a reuniones de discusión en los diferentes hitos del proceso (alcance y objetivos, formulación de preguntas y desenlaces, elaboración de recomendaciones). Para ello se plantearon dos tipos de mecanismos de participación:

- **Mecanismos Directos:** En los que los interesados tuvieron la posibilidad de interactuar de manera directa con los tomadores de decisiones.
- **Mecanismos Indirectos:** En los que se usó la figura de representación y los interesados participaron a través de agremiaciones que a su interior elegían un representante quien postulaba los intereses del grupo.

Junto con los mecanismos mencionados se diseñaron los espacios de socialización y las herramientas que permitieron obtener la opinión de los grupos interesados de la manera más completa posible. Tales espacios fueron:

1. **Reuniones de pre-socialización**: mecanismo de participación indirecto, presencial. Para el desarrollo de estas reuniones se realizó una priorización de actores usando una metodología informal de análisis de interesados, evaluando la influencia y la importancia relativa de cada actor para el tema que interesaba a la guía.

   Los grupos interesados fueron vinculados a las etapas subsecuentes del proceso y han sido listados en la sección “SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y GRUPOS DE INTERES PARTICIPANTES” de este mismo documento.

2. **Reuniones de Socialización**: mecanismo de participación directo, presencial. A estas reuniones se invitaron de manera directa a todos los grupos interesados del sistema de salud y a la comunidad en general. En estos espacios se presentaron al público los alcances y objetivos de las guías, las preguntas y desenlaces y las recomendaciones elaboradas.

3. **Encuestas de opinión a expertos**: mecanismo directo, no presencial, para lo cual se usaron encuestas estructuradas online que fueron enviadas a expertos y a algunos representantes de los grupos interesados priorizados. La encuesta tuvo el objetivo de captar la opinión particular de aquellos que tienen el conocimiento técnico en el tema de la guía y de una manera más sistemática registrar y cuantificar el nivel de acuerdo o consenso que había en cada uno de los hitos del desarrollo de las Guías.

4. **Espacio abierto de participación en la página web**: mecanismo indirecto, no presencial.

   En la dirección (www.guiascolcienciasminproteccionsocialalianzacinets.org), se asignó un espacio de comentarios para el público en general previo registro de interesados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los comentarios recibidos en los diferentes espacios fueron recolectados y consolidados usando la herramienta 28 propuesta por la GM del Ministerio de Salud y Protección Social. El GDG analizó los diferentes puntos de vista y decidió si aceptaba o no su incorporación. Los resultados del proceso de análisis fueron publicados en el sitio web con el fin de que los participantes pudieran hacer seguimiento a sus comentarios.

METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE EVALUACIONES ECONÓMICAS

Para el desarrollo de las evaluaciones económicas (EE) se tuvieron cuenta las etapas y pasos de la Guía Metodológica (GM) para la elaboración de Guías de Atención Integral (GPC) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano y se presentaron de manera explícita las razones por las cuales, en algunos casos, el desarrollo de las EE se apartó de lo establecido en dicha GM.

La GM establece la definición de la EE a partir de un proceso de priorización de las recomendaciones y de un proceso de enmarcación de las EE que se consideren. Enseguida la GM prevé la decisión de adaptar o desarrollar una EE de novo a partir de la revisión de literatura y de la relevancia y necesidad de la misma. Una vez surtidos esos pasos, se realiza la EE propiamente dicha. No obstante, para la elaboración de la GPC fue necesario hacer algunas modificaciones a la secuencia de los pasos, con el fin de dar cumplimiento a los tiempos establecidos para su desarrollo.

DEFINICIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

Priorización de las preguntas de evaluación económica

La GM prevé, que luego de que se tengan las recomendaciones clínicas (*Paso 14*) se realice la priorización de dichas recomendaciones (*Paso 17*) teniendo en cuenta desenlaces críticos e importantes para efectos de la EE. La priorización debe realizarse mediante los análisis independientes del Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) y el Grupo Gestor (GG) de acuerdo con tres criterios: 1) La calidad de la evidencia (ensayos clínicos o metanálisis bien calificados por parte de los expertos). 2) Fuerza de la recomendación según el instrumento GLIA. 3) Recobros al SGSSS según información del GG de la GPC. Luego, mediante la aplicación de herramientas y criterios específicos, se inicia un consenso informal entre el GDG y el GG en el cual se establece la prioridad de las recomendaciones que requieren EE. Finalmente el GDG decide qué evaluaciones económicas realizará.

No obstante, el proceso para la realización de EE de la presente GPC se apartó de esta secuencia de pasos con el fin de adelantar el desarrollo de las evaluaciones y evitar recargar su desarrollo al final del proyecto. El proceso inició identificando, a partir de las preguntas clínicas definidas para cada sección, las posibles preguntas de EE las cuales fueron socializadas de manera paralela con las preguntas clínicas. A lo largo de todo el proyecto y mediante la realización de consensos no formales entre los expertos temáticos y el grupo de evaluaciones económicas así como reuniones con el interventor del proyecto que a su vez representa al GG, se fue perfeccionando la redacción de las preguntas de EE para que aparecieran claras las alternativas a comparar y los desenlaces, y se fueron priorizando teniendo en cuenta la calidad de la evidencia que fue surgiendo en las revisiones sistemáticas de literatura y la relevancia y necesidad de la EE en cada caso particular. Para la asignación de la prioridad el grupo de evaluaciones económicas se basó en los criterios contenidos en la Herramienta No 20 de la GM, que se enuncian a continuación:

- Prioridad ALTA: efectividad y eficacia con significancia clínica y alta calidad de evidencia (metanálisis y ensayos clínicos de alta calidad).
- Prioridad MODERADA: evidencia y eficacia con significancia clínica discutible y con nivel de evidencia de alta o moderada calidad (estudios de cohortes).
- Prioridad BAJA**:** ausencia de efectividad y eficacia con evidencia de alta calidad.

La rigurosidad con la cual se desarrolló este proceso hizo que coincidieran las EE definidas con anterioridad a las versiones finales de recomendaciones y las que surgieron una vez se siguió el proceso priorización según como lo establece la GM. De esta manera se confirmaron las EE que se venían desarrollando y se logró contar con los resultados dentro de los tiempos establecidos para la elaboración de la GPC.

A lo largo del desarrollo de la GPC se realizaron capacitaciones a los expertos clínicos y económicos sobre cómo se debe formular una pregunta de EE y los diversos aspectos de las metodologías clínicas y económicas que se utilizan en las guías. Esto contribuyó a que los consensos no formales transcurrieran de manera armónica y fluida y que fuera sencillo lograr acuerdos.

Enmarcación de la Evaluación Económica

La enmarcación de la EE consiste en hacer explicitas las características de la evaluación a partir de la pregunta de EE que fue claramente seleccionada y priorizada siguiendo el proceso presentado en la sección anterior. Parte de este proceso se puede asimilar a lo que se conoce como el "caso de referencia".

La enmarcación comenzó con la definición de las preguntas de EE, las cuales provinieron de las recomendaciones priorizadas. El equipo de EE analizó y discutió las preguntas con los expertos temáticos, metodológicos y con el interventor del proyecto, con el fin de garantizar que las preguntas estuvieran claramente descritas, expresadas y acotadas, de conformidad con la GM.

Una vez identificada la pregunta de EE se avanzó en la *definición del tipo de EE*. En este aspecto la GM recomienda dos tipos de EE: costo-efectividad y costo-utilidad. Para el desarrollo de la GPC se consideró que el análisis de costo-efectividad es el más pertinente, dado que el *ámbito de comparación*, tal como lo establece la GM, es intrapatología y que Colombia no cuenta con indicadores de utilidad como los AVAC. Varias de las preguntas clínicas de interés se han referido a pruebas diagnósticas para las que no se cuenta con evidencia en términos de desenlaces finales como años de vida ganados o el desenlace está en términos de mejoría clínica. De todos modos siempre que la evidencia lo permitió, se utilizó como desenlace años de vida ganados. Como umbral de costo-efectividad por año de vida ganado se utilizó el rango de una, dos o tres veces el PIB per cápita.

Se definió la población objetivo de la EE, la perspectiva, el horizonte temporal, las alternativas clínicas, la tasa de descuento, los desenlaces relevantes en salud y la identificación de costos teniendo en cuenta las particularidades de cada EE, la información disponible y en especial, siguiendo la recomendación de la GM de mantener un equilibrio entre la sencillez del estudio y la fiabilidad de los resultados. En cada EE se presentó de manera explícita cuáles fueron los supuestos del modelo.

DECISION SOBRE DESARROLLO O ADAPTACION DE LA EE

Revisión Sistemática de Literatura Económica

Para la realización de una EE de novo o para su adaptación, la GM recomienda la realización de una revisión sistemática de EE en la literatura científica (*Paso 19*). En este aspecto nos apartamos de la GM, ya que, a diferencia de la revisión sistemática de literatura biomédica cuyo objetivo es buscar, seleccionar y evaluar críticamente la información obtenida para emitir recomendaciones a partir de evidencia de alta calidad (ensayos clínicos aleatorizados o metanálisis), la revisión de EE busca identificar los métodos que se utilizaron en EE similares (en caso de que existan), modelos de decisión, supuestos empleados para la construcción del mismo, posibles dificultades y resultados obtenidos. Para estos fines, no se requiere que las revisiones sean exhaustivas.

El hecho de que una tecnología sea costo-efectiva en un país no significa que lo sea en el resto del mundo, ni que constituya evidencia desde el punto de vista económico. Los resultados de una EE no son extrapolables, porque están sujetos a la diferencia en precios relativos entre países y al umbral que se tenga para determinar si una tecnología es costo-efectiva o no, razón por la cual no tiene sentido hablar de evidencia económica como lo propone la GM. Para la definición de la realización de una EE de novo o su adaptación no se requiere que la revisión de literatura sea sistemática. De hecho, en nuestro contexto no tiene sentido la adaptación de la EE, excepto en el raro caso en que ya se hubiera realizado una EE para la misma población en Colombia, con fecha reciente. De todos

modos se realizaron revisiones de literatura con los propósitos arriba mencionados: identificación de métodos, modelos y supuestos usados en otros casos, así como las dificultades encontradas. Las fórmulas de búsqueda usadas en la revisión sistemática de literatura clínica se modificaron de manera que se ajustaran a las características de las preguntas económicas objeto de evaluación. En este sentido, se eliminaron términos que restringieran la posibilidad de encontrar EE útiles para los modelos a desarrollar.

Previo a la realización de las búsquedas, de acuerdo con el objetivo del estudio se establecieron los criterios de inclusión y exclusión por medio de la metodología PECOT+R (Participante, Exposición, Comparación, Desenlace, Tiempo + Recursos). Los términos de búsqueda utilizados fueron seleccionados identificando las palabras claves que incluyeran términos MeSH, términos amplios de texto libre, solos o combinados acorde con su definición y posibles variaciones lingüísticas como sinónimos y variables gramaticales, ajustados acorde con los requerimientos específicos de cada base de datos. Es de anotar que en las Ciencias Económicas no existe el equivalente a los términos MeSH, por lo cual la metodología de búsqueda en Econlit, es diferente de las búsquedas en bases de datos de las ciencias de la salud. Para la realización de las búsquedas no se utilizaron límites de fecha o idioma.Dos asistentes de investigación de forma independiente seleccionaron los estudios relevantes acorde con los criterios de inclusión y exclusión definidos. La calificación de los estudios se realizó con la Herramienta 19 de la GM; en caso de divergencias un tercer investigador resolvió las diferencias.

Acorde con la GM, se realizaron búsquedas de EE en las siguientes bases de datos: Econlit, MEDLINE a través de la interfaz de PUBMED, International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) que agrupa tres bases de datos -Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) y Health Technology Assessment (HTA) database. La GM sugiere que la búsqueda también se efectúe en Health Business Full Text Elite, pero esta base de datos se centra en temas de

gestión de hospitales desde el punto de vista de mercadeo, los recursos humanos y la gestión más que en EE y adicionalmente, el acceso a esta base de datos es restringido.

Definición de la realización EE de novo

Como es bien sabido tanto a nivel teórico como empírico, las EE enfrentan grandes problemas que imposibilitan su transferibilidad de un país a otro. Estos problemas se refieren a diferencias en los precios relativos (dado que muchos de los insumos del sector salud son no transables), diferencias en estructura de la población en la cual se hizo la evaluación (porque la efectividad y los costos pueden ser distintas), diferencias en el sistema de salud (porque aspectos como los mecanismos de pago, el tamaño del sistema, la tecnología disponible pueden afectar la evaluación), diferencias en los protocolos de manejo (porque puede haber cambios pequeños en las cantidades de medicamentos asociados a un determinado protocolo en distintos países y porque se pueden encontrar diferencias en los cuidados asociados al tratamiento tales como los días de hospitalización bajo observación que pueden impactar tanto los resultados como los costos).

Por las anteriores razones se definió que sólo se realizarían adaptaciones de EE en caso de que éstas hubieran sido desarrolladas para el caso colombiano y cumplieran con las condiciones de calidad y comparabilidad (misma población, comparadores, etc.). Como lo señala la GM en el Paso 20, se consideró pertinente la realización de novo de las EE en los casos en que: i) en la revisión de literatura no se encontraron estudios económicos sobre la pregunta en cuestión; ii) los estudios económicos disponibles fueron de mala calidad, sin validez interna; iii) los estudios no contaron con validez externa por no ser realizados en Colombia; o, iv) las alternativas consideradas no pudieron ser generalizables para la GPC.

Ninguna de las evaluaciones encontradas cumplió con los criterios para ser adaptada, no obstante el ejercicio permitió identificar las características de los modelos que se publican en la literatura.

REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

Una vez formulada adecuadamente la pregunta de EE, realizada su enmarcación y definido su desarrollo de novo, se estimaron los dos componentes de la evaluación: los costos y los resultados.

Proceso de estimación de costos

Siguiendo el paso 22 (medición, valoración y estimación de los costos y el modelamiento) etapa 5 (adaptación o desarrollo de novo de la evaluación económica) de la GM, la estimación de costos en la EE se realizó en tres etapas: en la primera, se identificaron los eventos generadores de costos, en la segunda se cuantificaron dichos eventos, y en la tercera se desarrolló una valoración de los mismos.

La estimación de costos partió de los protocolos de manejo y las guías de práctica clínica (nacionales o internacionales) de uso en el país. A partir de ellos se identificaron los eventos generadores de costos, los casos tipo y las cantidades de recursos involucrados en cada una de las alternativas a comparar. Estos resultados se validaron en consensos no formales con los expertos temáticos, en donde también se complementó la información cuando los protocolos no eran lo suficientemente específicos o no cubrían algún evento relevante a la luz de la práctica clínica colombiana. La valoración se hizo en pesos colombianos del 2010.

Cada evento generador de costos tiene una fuente de información diferente. A continuación se presentan dichos eventos con sus respectivas fuentes.

- Medicamentos: se utilizó el costo promedio de los medicamentos de interés que reportó en 2.008 la base del Sistema de Medicamentos (SISMED), administrada por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos. Los costos fueron ajustados a valores de 2010 según el incremento en el índice de precios al consumidor (IPC) del total nacional.
- Para estimar los costos de los servicios, en el caso de los procedimientos POS se utilizó el Manual de Tarifas ISS 2.001 con un incremento de 30%. Se establecieron, a partir de ahí, rangos de sensibilidad de costos que van desde ISS 2.001 + 25% hasta ISS 2.001 + 48%. Los rangos se contrastaron con la información de tres EPS, suministrada bajo acuerdos de confidencialidad, y en los casos en que la información se salió de los rangos establecidos, éstos fueron ampliados para efectos del análisis de sensibilidad.
- Insumos: debido a que la información de suministros no se encuentra en ninguna de las fuentes anteriores se acudió a los valores del mercado y catálogos de venta al público de proveedores pertinentes.

La información de costos utilizada en las evaluaciones económicas, fue socializada en la página web del (GDG), en los documentos de trabajo correspondientes a cada evaluación económica, con el fin de que los actores del sistema los conocieran y pudieran expresar públicamente sus observaciones.

Proceso de estimación de resultados

Las unidades de efectividad se definieron en las unidades naturales pertinentes a cada evaluación. Su estimación se realizó a partir de la información clínica evaluada por los expertos temáticos y metodológicos de la GPC.

A partir de estos datos se calcularon las probabilidades de transición, en el caso de los modelos de Markov, y las probabilidades en el caso de los árboles de decisión. Se tomaron en cuenta los datos epidemiológicos existentes para el país con el fin de hacer los ajustes al modelo.

Las características que se tuvieron en cuenta para el diseño de los modelos fueron: el tipo de enfermedad (crónica o aguda), el horizonte temporal, la recurrencia o no de los eventos, el alcance, los desenlaces esperados, la importancia de la historia clínica de los pacientes y la disponibilidad de datos. En algunos casos se utilizaron árboles de decisión. En una EE se acudió a un modelo de Markov para reflejar la tamización reiterada a las gestantes. No se encontró la necesidad de construir modelos de eventos discretos.

Los resultados se presentaron en términos de razón de costo-efectividad incremental (RCEI). Se realizaron análisis de sensibilidad univariados y multivariados con las variables principales de costos, el umbral de costo efectividad o las disponibilidades a pagar y las variables más importantes de efectividad.

CONSENSOS Y SOLUCIÓN DE DIVERGENCIAS

Es necesario tener en cuenta que el papel de los consensos en la evaluación económica es menos frecuente que en el ámbito clínico. Si bien se pueden usar consensos para determinar los eventos generadores de costos o los casos tipo, no sería técnicamente riguroso aplicarlos en los procesos de definición de costos o a la estimación de resultados puesto que en estas valoraciones se requiere la contrastación empírica o evidencia que dé cuenta del comportamiento de los costos y por el lado de los resultados de la aplicación de herramientas técnicamente rigurosas.

Para finalizar, vale la pena recordar que los modelos económicos son abstracciones de la realidad que no pretenden incluir todos y cada uno de los posibles elementos que puedan ocurrir, ya que necesariamente para construir el modelo se deben dejar algunos elementos de lado. Un modelo económico pretende en cambio ilustrar sobre el funcionamiento de algunos elementos de la realidad que son importantes y factibles de

incluir, con el fin de contribuir a la toma de decisiones. En este sentido, los modelos desarrollados dejan explícitos los supuestos usados en su construcción.

PLAN PARA EL DESARROLLO DEL COMPONENTE DE IMPLEMENTACION DE LA GPC

Una vez adelantado el proceso de determinación de las recomendaciones, es clave trabajar sobre la forma como éstas han de ser implementadas, lo que constituye un elemento contractual de importancia. Para la elaboración de dicho plan se ha diseñado un plan que cumple con seis pasos secuenciales, a saber:

Paso No 1. Definición de las recomendaciones centrales/principales de la Guía

El GDG mediante consenso informal definió las recomendaciones centrales/principales de la Guía sobre las cuales se trabajará el plan de implementación. Para seleccionar las recomendaciones centrales se consideraron los siguientes aspectos:

a. Que la fuerza de la evidencia que soporta la recomendación sea fuerte (o débil) y se identifiquen importantes necesidades de cambio en la práctica, posibles problemas estructurales, de viabilidad financiera o resistencia al cambio.
b. Que la recomendación(es) tenga impacto potencial en la reducción del daño o riesgo y en el incremento de la efectividad del cuidado.
c. Que la recomendación(es) sobre las cual se diseñen las acciones o estrategias puedan impactar otras recomendaciones.
d. Que los actores clave hayan mostrado una buena disposición al cambio durante el proceso (teniendo en cuenta pre-socializaciones y consensos).
e. Que el plazo requerido para tener desenlaces visibles/medibles sea corto o mediano.

Paso No 2. Aplicación del GLIA / Identificación de barreras-facilitadores internos

Una vez seleccionadas las recomendaciones clave para diseñar el plan de implementación se procedió a la selección de los miembros del GDG encargados de aplicar el instrumento GLIA. El grupo de expertos seleccionados para calificar la implementabilidad estuvo compuesto por dos miembros. A partir de este ejercicio y siguiendo las instrucciones de la herramienta GLIA contenidas en la GM, el GDG identificó las barreras/facilitadores internas.

Paso No 3. Identificación de barreras/facilitadores externos

En este paso fue de vital importancia la participación de los miembros del GDG, así como de los diversos actores involucrados en el proceso, entre quienes se cuentan los pacientes, los profesionales de la salud a quienes van dirigidas las guías, las sociedades científicas y los variados grupos de interés donde deben incluirse el ente gestor, los entes de control, las empresas de salud (IPS-EPS), los tomadores de decisiones, etc. Para la ejecución de este paso se realizaron reuniones de trabajo con los miembros del GDG con el principal objetivo de obtener una lluvia de ideas por parte de los participantes, así como discutir sobre las barreras y facilitadores externos y las posibles estrategias para superar/fortalecer las mismos. Asi mismo, en las reuniones de consenso se preguntó a los asistentes acerca de barreras y facilitadores de las recomendaciones evaluadas por sesión, a fin de tener su perspectiva a la hora de realizar dicha identificación.

Paso No 4. Identificación de estrategias para superar barreras fortalecer facilitadores

Junto a identificar las barreras, se establecieron las estrategias bien para eliminarlas o bien para amortiguar o reducir su impacto. Durante la misma reunión de trabajo, los grupos organizados identificaron dichas estrategias siguiendo la misma metodología del paso anterior.

Paso No 5. Elaboración del plan de implementación

Con los insumos provenientes de la identificación de barreras internas y externas el GDG organizó y analizó los insumos provenientes de los pasos anteriores para con ello, elaborar el plan de implementación el cual debe estar estructurado de la siguiente manera:

1. **Análisis del contexto local:**

- Descripción del ambiente local, descripción de las políticas de salud en torno al tema de la GPC.

Para mejorar y facilitar el proceso implementación de las GPC se revisó la normatividad vigente en salud a nivel nacional e internacional, con el fin de identificar las barreras normativas existentes y entonces armonizar la GPC para evitar que las recomendaciones emitidas vayan en una dirección opuesta a lo que se ha planteado en materia normativa para el tratamiento de la condición objeto de la GPC. Para surtir este proceso, se realizó una búsqueda en los web sites de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, UNICEF y UNIFEM. Para la identificación de la normatividad nacional se buscó en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación y Superintendencia de Salud.

Adicionalmente se realizó la revisión del acuerdo 029 de 2.011 en el que se identificó que algunas de las recomendaciones elaboradas para las guías plantean procedimientos y/o medicamentos que no hacen parte de los planes de beneficios, generando una limitación para el proceso de adopción de las guías hasta que estos sean incorporados en el POS.

- Identificación de actores clave: roles y responsabilidades de cada uno de los actores clave así como la incidencia que podrían tener (política y social) para el proceso de implementación.
- Delimitación de problemas: identificación de barreras internas (GLIA) y externas (reuniones con actores clave). La GM propone incluir al menos:

- Factores estructurales: disponibilidad de recursos, oportunidad de la atención.
- Factores organizacionales: limitación de tiempo para la atención, presión asistencial, percepción de incremento en la carga de trabajo por el uso de la guía.
- Prácticas clínicas usuales: estándares locales de cuidado en salud y calidad de la atención.
- Relación médico-paciente: problemas en el proceso de información médica y ausencia de participación del paciente en la toma de decisiones.

- Identificación de facilitadores: características propias de los profesionales, los pacientes, la economía, la educación, la comunidad, el sistema de salud y las políticas de salud.

2. Estrategias de implementación:

- Definición de las intervenciones asistenciales y las estrategias apropiadas y necesarias para influenciar **los cambios en la práctica clínica**: educativas, administrativas, económicas, organizacionales, regulatorias que necesitan ser realizadas tanto para superar las barreras internas y externas, como para reforzar las condiciones favorecedoras (esta definición de intervenciones debe considerar cada uno de los posibles usuarios profesionales sanitarios, pacientes, tomadores de decisiones así como la periodicidad de las intervenciones).
- Descripción de estrategias generales para **preparación del ambiente y de las personas** para la implementación (Estrategias comunicativas -Diseminación y difusión-).

Paso No 6 Elaboración del plan de seguimiento y evaluación del plan de implementación

En este paso se definieron los indicadores del seguimiento a la implementación y plantear un proceso de evaluación. El plan incluyó cómo y cuándo se medirán los cambios producto de la ejecución de las estrategias propuestas.

Para seleccionar los indicadores y proponer el diseño del proceso de evaluación se tuvieron en cuenta:

- Los objetivos del plan de implementación y las estrategias seleccionadas para influenciar los cambios en la práctica clínica.
- Los procesos que deberían monitorearse respecto al uso de estrategias comunicativas –diseminación y difusión- indicadores de proceso útiles para el ente gestor.
- Los desenlaces que puedan ser importantes para medir el resultado de la implementación de la GPC en los profesionales o los pacientes.
- Los tiempos de revisión o periodicidad para monitorear los cambios mediante los indicadores.
- Las posibles fuentes de datos (a partir de los insumos existentes) para la recolección de la información.

METODOLOGIA INCORPORACION DE CONSIDERACIONES DE EQUIDAD A LA GPC

El proceso desarrollado para la incorporación de la perspectiva de equidad dentro de las recomendaciones de la GPC fue el siguiente:

1.1 Fase de preparación: durante esta etapa preliminar, se definió la población en situación de desventaja.

1.2 Posteriormente se definió la pregunta PICO y se estructuró la estrategia de búsqueda para recolectar evidencia: en la pregunta elaborada se orientó a evaluar intervenciones que redujeran las desigualdades.

1.3 Una vez definida la pregunta y los desenlaces, se procedió a la evaluación de la calidad de la evidencia siguiendo la metodología GRADE. Considerando la propuesta metodológica se aumentó el puntaje de la calidad a los estudios que tomaron en consideración análisis de equidad así:

- Dosis/Respuesta: +1 el efecto mayor en la población en desventaja (efectividad o eficacia); +1 el efecto o estimador de asociación en los estudios observacionales es mayor para la población en desventaja.
- Evaluación de confusión: +1 la efectividad fue evaluada por subgrupos y estos subgrupos incluyen población en desventaja; +1 se controlaron las variables de estatus socioeconómico como variables modificadoras en el análisis de efectividad, de asociación, en la intervención o exposición.

1.4 A partir de la evidencia se formuló una recomendación sobre la(s) intervención(es) efectivas para disminuir las disparidades.

1.5 Finalmente se formularon indicadores de monitorización de la implementación de la recomendación en poblaciones vulnerables.

SECCIÓN 1. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO.

PREGUNTAS PARA RESPONDER

1. ¿Qué profesional debe llevar a cabo el control prenatal?
2. ¿Cuál debe ser la duración de una consulta de control prenatal?
3. ¿Cuál es la frecuencia y número de citas de control prenatal que debe recibir una gestante con embarazo de curso normal?
4. ¿Qué registros documentales se deben diligenciar durante las citas de control prenatal?
5. ¿Cómo debe realizarse la detección de riesgo en el control prenatal y cuál es su utilidad en gestaciones de curso normal?
6. ¿Cuál es el manejo recomendado de las mujeres con antecedente de una cesárea durante el control prenatal?
7. ¿Qué información debe proporcionarse por parte del personal de salud a la gestante durante los controles prenatales y cómo debe ser proporcionada?
8. ¿Cuáles son las actividades rutinarias recomendadas en el control prenatal de embarazos de curso normal?
9. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento de la náusea y el vómito en la primera mitad del embarazo?
10. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del reflujo/epigastralgia durante el embarazo?
11. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del estreñimiento en la mujer embarazada?
12. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento de las hemorroides en la mujer embarazada?
13. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del síndrome varicoso en la mujer embarazada?
14. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del dolor lumbar en la mujer embarazada?
15. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento de la pubalgia en la mujer embarazada?
16. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del síndrome de túnel del carpo en la mujer embarazada?
17. ¿Cuales vacunas deben aplicarse en el embarazo?
18. ¿Cuáles son las pruebas recomendadas para determinar el crecimiento fetal durante el

control prenatal?
19. ¿Está recomendada la ecografía durante el embarazo para el diagnóstico de las alteraciones feto-placentarias?
20. ¿Cuáles pruebas y en qué momento se deben utilizar para monitorear el bienestar fetal durante el control prenatal de embarazos de curso normal?
21. ¿Cuáles son las recomendaciones generales para las gestantes cuando viajan en avión o en automóvil?
22. ¿Qué actividad laboral está contraindicada en el embarazo?
23. ¿Cuándo está recomendada la consejería nutricional durante la gestación?
24. ¿Cuáles suplementos nutricionales están recomendados en el embarazo?
25. ¿Cuándo está recomendado el control odontológico durante el embarazo?
26. ¿Cuáles son las estrategias más efectivas para promover y apoyar la lactancia materna?
27. ¿Qué infecciones se recomienda tamizar durante el control prenatal en gestantes con embarazo de curso normal?
28. ¿Se recomienda la tamización del Estreptococo del Grupo B (EGB) en el control prenatal de embarazos de curso normal?
29. ¿Cuáles son los síntomas que deben considerarse como indicadores de alarma de patologías médicas que pueden complicar el embarazo?
30. ¿Cuáles son las pruebas recomendadas para la identificación de gestantes con riesgo de desarrollar patologías que complican el embarazo?

1. ¿QUÉ PROFESIONAL DEBE LLEVAR A CABO EL CONTROL PRENATAL?

En embarazos de bajo riesgo o de curso normal, el control prenatal puede ser realizado por profesionales en enfermería capacitados o por médicos generales, con la condición que se garantice la continuidad en la atención y que el control sea realizado por el mismo profesional o por un pequeño grupo de profesionales. En el Reino Unido y en algunos países de Latinoamérica, la figura de la partera refiere a un profesional en enfermería con entrenamiento certificado en atención materno-infantil.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó tres ECC con 3.041 mujeres en países en vías de desarrollo, evaluó el control prenatal en embarazos de curso normal por partera y médico general vs. gineco-obstetra. El estudio no encontró diferencias en la satisfacción con el control prenatal en ambos grupos. Así mismo, no hubo diferencias significativas en términos de parto pretérmino, cesárea, hemorragia anteparto, infección de vías urinarias, anemia y mortalidad perinatal. Se encontraron diferencias relacionadas con la disminución de preeclampsia a favor del grupo de partera y/o médico general (OR=0,37; IC 95%= 0,22 – 0,64), así como en la hipertensión gestacional (OR= 0,56; IC 95%= 0,45 - 0,70)(44).	1+
Dos revisiones sistemáticas de la literatura (siete ECC, 9.148 mujeres y dos ECC, 1.815 mujeres, respectivamente) evaluaron la continuidad del control prenatal por el mismo profesional o por un pequeño grupo de profesionales *vs.* control por múltiples profesionales. Comparado con el control rutinario, las mujeres que tuvieron continuidad en su control prenatal por el mismo grupo de salud, tuvieron un menor número de hospitalizaciones anteparto (OR= 0,79; IC 95%= 0,64 - 0,97), asistieron con más frecuencia a los cursos de educación prenatal (OR= 0,58; IC 95%= 0,41 - 0,81), necesitaron menos analgesia durante el trabajo de parto (OR=0,53; IC 95%= 0,44 - 0,64), sus neonatos requirieron menos adaptación neonatal (OR= 0,66; IC 95%= 0,52 - 0,83), necesitaron menos episiotomía (OR= 0,75; IC 95%= 0,60 – 0,94) y presentaron menor número de desgarros perineales o vaginales (OR=1,28; IC 95%= 1,05 - 1,56). No hubo diferencias significativas entre los grupos en relación con el número de cesáreas, la inducción del parto, la mortalidad perinatal, el parto pretérmino, ni el bajo peso al nacer (45).	1+
Una revisión sistemática (46) que incluyó 11 ECC con 12.276 mujeres comparó un modelo de atención a cargo de parteras especializadas con otros modelos de control prenatal. El grupo de intervención fueron las gestantes cuyo control prenatal estuvo	1+

a cargo de grupos de dos o tres parteras, las cuales tenían a su cargo al año máximo 35-40 gestantes con embarazos de curso normal. Dichas parteras contaron con el apoyo de obstetras que valoraron a las mujeres en las semanas 12 - 16, 28, 36 y 41 y si era necesario durante la atención del parto. El grupo control incluyó gestantes atendidas por médicos generales, enfermeras y obstetras. Las gestantes que recibieron su cuidado prenatal con las parteras tuvieron un menor porcentaje de hospitalización (RR= 0,90; IC 95%= 0,81-0,99), de analgesia peridural (RR= 0,81; IC 95% = 0,73-0,91), de episiotomía (RR= 0,82; IC 95%= 0,77-0,88) y parto instrumentado (RR= 0,86; IC 95%= 0,78-0,96). Así mismo, tuvieron un mayor porcentaje de parto vaginal (RR= 1,04; IC 95%= 1,02-1,06), mayor autocontrol durante el trabajo de parto y el parto (RR= 1,74; IC 95%= 1,32-2,30), mayor porcentaje de atención del parto por una partera conocida (RR= 7,84; IC 95%= 4,15-14,81) y mayor porcentaje de inicio de lactancia (RR= 1,35; IC 95%= 1,03-1,76). Las mujeres que fueron atendidas por parteras tuvieron un menor porcentaje de perdidas fetales previas a la semana 24 de gestación (RR= 0,79; IC 95%= 0,65-0,97) y sus neonatos requirieron menor tiempo de hospitalización (DM= -2,00; IC 95%=-2,15 a -1,85). No hubo diferencias en cuanto a la pérdida fetal, la mortalidad neonatal general (RR=0,83; IC 95%= 0,70-1,00), o la pérdida fetal /muerte neonatal a las 24 semanas de gestación (RR= 1,01; IC 95%= 0,67-1,53).

RELACION ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

En Colombia no existe en el Sistema de Salud la figura de las parteras tal como está descrita en la evidencia encontrada. Sin embargo, existen profesionales en enfermería con entrenamiento certificado en atención materno-infantil a los cuales puede ser extrapolada ésta figura. La evidencia es consistente en mostrar que en los embarazos de curso normal, el control prenatal debe estar a cargo de profesionales en enfermería con entrenamiento certificado en atención materno-infantil o médicos generales con el soporte del especialista en gineco-obstetricia. La evidencia también es consistente en subrayar la

importancia de la continuidad en el control prenatal y su desarrollo por un mismo grupo de profesionales en un sitio geográficamente cercano al domicilio de la gestante.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda ofrecer a las mujeres con un embarazo de curso normal modelos de control prenatal dirigidos por profesionales en medicina general o en enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno–perinatal**.**
A	La participación rutinaria de gineco-obstetras (GO) en la atención de mujeres con un embarazo de curso normal no está recomendada para la mejoría de los resultados perinatales. Sin embargo, se recomienda la valoración del GO en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo.
A	Se recomienda que el control prenatal sea proporcionado por un pequeño grupo de profesionales con los que la gestante se sienta cómoda. Debe haber continuidad de la atención durante el período prenatal.
√	Se recomienda contar con un sistema de referencia claro para que las mujeres embarazadas que requieran cuidados adicionales sean atendidas por gineco-obstetras cuando se identifiquen riesgos durante el control prenatal.

2. ¿CUÁL DEBE SER LA DURACIÓN DE UNA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL?

El Sistema de Salud debe garantizar que una consulta de control prenatal se realice en el tiempo suficiente para cumplir con los objetivos planteados, de tal forma que se pueda discutir con las gestantes el curso y pronóstico de la gestación, evaluar con detalle la evolución de la gestación y realizar las actividades administrativas que cada cita requiere.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Basado en consenso de expertos la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que el primer control prenatal debe realizarse preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, la OMS subraya que todas las embarazadas al iniciar su control prenatal (CPN), deben ser examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsecuentes. La OMS recomienda que la primera visita debe durar entre 30 a 40 minutos. Para las siguientes visitas se recomienda una duración aproximada de 20 minutos. Para aquéllas embarazadas que comienzan tardíamente el control prenatal, sobre todo posterior a la semana 32 de gestación, la

OMS recomienda tener en su primera visita todas las actividades recomendadas para las visitas previas así como aquéllas que corresponden a la visita actual. Por lo tanto, una primera visita tardía llevará más tiempo que una primera visita regular (47).

La Guía de práctica clínica de NICE, basado en un consenso de expertos, recomienda que la primera cita de control prenatal dure el equivalente de dos citas normales de control prenatal (34).

4

RELACION ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Con evidencia limitada proveniente de recomendaciones de expertos, el GDG junto con el grupo de expertos consultados para el tema concluyó que la cita de inscripción y la primera cita de control prenatal deben ser de mínimo 30 minutos, ya que dicho tiempo garantiza el cumplimiento de los objetivos y permite la educación a la gestante. Las demás citas pueden desarrollarse en un tiempo menor a esta consulta inicial.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se recomienda realizar el primer control prenatal en el primer trimestre, idealmente antes de la semana 10 de gestación.
D	Se recomienda que la cita de inscripción al control prenatal y la primera cita de control prenatal tengan una duración de 30 minutos. Para los siguientes controles se recomienda una duración de 20 minutos.
√	Cuando una gestante comience tardíamente su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para los controles previos, así como aquéllas que corresponden a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que un primer control prenatal tardío se haga con una duración de 40 minutos.

3. ¿CUAL ES LA FRECUENCIA Y NUMERO DE CITAS DE CONTROL PRENATAL QUE DEBE RECIBIR UNA GESTANTE CON EMBARAZO DE CURSO NORMAL?

En 1929 la Dra. Janet Campbell sugirió que, "*el primer requisito de un servicio de obstetricia es la supervisión efectiva de la salud de la mujer durante el embarazo...”* (48). Como resultado de esta observación, el Ministerio de Salud del Reino Unido estableció el inicio del control prenatal alrededor de la semana 16, un nuevo control alrededor de la semanas 24 y 28, continuar de forma quincenal hasta la semana 36 y posteriormente de

forma semanal hasta el final de la gestación. Este mismo organismo gubernamental emitió recomendaciones respecto al contenido de cada visita (por ejemplo, la medición de la altura uterina, la monitorización del corazón fetal y la realización de examen de orina) y subrayó que las visitas de las semanas 32 y 36 debían ser realizadas por un médico especialista en ginecología y obstetricia. Hasta donde se conoce, estas recomendaciones han constituido la base para los programas de atención prenatal en todo el mundo (48). Sin embargo, otros estudios como el publicado por la OMS en el 2.003 (49) sugieren que un programa de control prenatal reducido a cuatro citas, cada una de ellas centrada en objetivos específicos, podría ser igualmente eficaz, en términos de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, a los esquemas con un número mayor de controles (de 10 a 12).

RESUMEN Y DISCUSIÓN DE LA EVIDENCIA

Dos revisiones sistemáticas con 10 ECC (60.000 mujeres) y siete ECC (57.418 mujeres) respectivamente, evaluaron las diferencias entre un número reducido de consultas vs. un número estándar de controles prenatales (44, 49). Dichos estudios no encontraron diferencias significativas en desenlaces como pre-eclampsia (OR= 0,91; IC 95%= 0,66–1,26), cesárea (OR=0,99; IC 95%= 0,79-1,25), hemorragia prenatal (OR= 0,79; IC 95%= 0,57-1,10), hemorragia posparto (OR=1,02; IC 95%= 0,64-1,64), bajo peso al nacer (OR=1,04; IC 95%= 0,93–1,17), mortalidad perinatal (OR= 1,06; IC 95%= 0,82 – 1,36), mortalidad materna (OR= 0,91; IC 95%= 0,55 -1,51) e infección de vías urinarias (OR= 0,93; IC 95%= 0,79 - 1,10). Un análisis de subgrupos enfocado en mujeres de países desarrollados encontró una menor satisfacción con el cuidado proporcionado con un número reducido de controles prenatales (OR=0,61; IC 95%= 0,52-0,72). Sin embargo, las mujeres mayores de 35 años, las mujeres con menor educación y aquellas con más de dos hijos prefirieron un menor número de citas, mientras que las mujeres menores de 25 años, las mujeres solteras y aquellas con antecedentes adversos	1++, 1+

en embarazo previos prefirieron un esquema con un mayor número de citas. Una revisión sistemática de siete ECC con más de 60.000 mujeres (48) junto con un ensayo clínico incluido en la revisión (50), encontraron que las mujeres en países de altos ingresos económicos asistieron a un promedio de 8,2 a 12 consultas prenatales, mientras que las mujeres en países de bajo o mediano ingreso asistieron a menos de cinco citas. La mortalidad perinatal se incrementó en el grupo de controles reducidos en comparación con el grupo de controles estándar (RR= 1,14; IC 95%= 1,00-1,31). En los países de altos ingresos el número de muertes neonatales fue menor y no hubo una clara diferencia entre los dos grupos (RR= 0,90; IC 95%= 0,45-1,80). Para los países de bajo y mediano ingreso la mortalidad perinatal fue significativamente más alta en el grupo que asistió a un número reducido de consultas (RR= 1,15; IC 95%= 1,01-1,32). También se encontró que un número reducido de controles prenatales estuvo asociado con una reducción del ingreso a la UCI neonatal (RR= 0,89; IC 95%= 0,79-1,02). En general se observó que las mujeres se sintieron menos satisfechas con un número reducido de controles prenatales y manifestaron que el intervalo entre las consultas era muy largo.	1++, 1+

RELACION ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que el modelo de control prenatal con un número reducido de citas se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal en países en vías de desarrollo. El GDG junto con el grupo de expertos consultados para este tema sugirió que para Colombia no resultaría prudente reducir el número de citas de control prenatal, a menos que se cuente con una monitorización muy cuidadosa del feto y la madre, lo cual es posible sólo en grandes ciudades y con pacientes seleccionados.

RECOMENDACIÓN CLINICA

B	Si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, se recomienda un programa de diez citas. Para una mujer multípara con un embarazo de curso normal se recomienda un programa de siete citas.
B	No se recomienda un programa de control prenatal con un número reducido de citas porque se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal.
D	Se recomienda que las mujeres al principio del embarazo reciban información adecuada y por escrito sobre el número probable de citas, su duración y el contenido, explicando las diferentes opciones de atención y dando la oportunidad de discutir este plan con el equipo de salud.
D	Se recomienda que cada cita de control prenatal deba estar estructurada con un contenido definido que permita una evaluación integral. Estas citas deben incorporar pruebas de rutina e investigaciones orientadas a minimizar las complicaciones.

4. ¿QUÉ REGISTROS DOCUMENTALES SE DEBEN DILIGENCIAR DURANTE LAS CITAS DE CONTROL PRENATAL?

Adicional a su importancia en la documentación completa de la atención a la gestante durante el control prenatal, los registros antenatales son útiles para garantizar una continuidad en la atención a la materna, proporcionar información vital para la vigilancia en salud pública local, regional y nacional, así como se convierten en documentos legales para la certificación de la atención a la gestante.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Dos ECC con 290 y 150 pacientes evaluaron el impacto en las gestantes de portar sus propios datos de una manera autónoma *vs.* mantener sus registros dentro de la institución hospitalaria. Se encontró que las gestantes se encontraron más a gusto al portar su historia clínica, ya que les disminuyó la ansiedad y aumentó la seguridad durante el control prenatal (RR= 1,45; IC 95%=1,08-1,95). Así mismo, manifestaron una mejoría en la comunicación entre ellas y el personal médico y de enfermería (RR=1,73; IC 95%= 1,16-2,59), el aumento de la asistencia a los controles y la disminución del tiempo perdido en las citas. El personal de salud estuvo a favor de que las mujeres portaran su propia historia clínica. El 89% de las mujeres que portaban su historia clínica se sintieron más controladas e informadas, tuvieron acceso más fácil a sus resultados y tuvieron más argumentos	1+, 1+

para aclarar sus dudas con el personal de salud. Igualmente, manifestaron su deseo de portar nuevamente su historia clínica en un futuro embarazo. No hubo diferencia en términos de los resultados obstétricos (51, 52).

En una revisión sistemática que incluyó 675 gestantes, se evaluó el impacto en las gestantes de recibir sus registros prenatales completos para llevarlos a su casa *vs.* recibir una tarjeta con información abreviada y sin datos clínicos de la evolución del control prenatal, con la totalidad de la historia clínica permaneciendo en el hospital. Las mujeres que portaron el registro completo del control prenatal se sintieron mejor atendidas (RR= 1,56; IC 95%= 1,18 - 2,06). Uno de los estudios incluidos reportó que las mujeres que portaron el registro completo se sintieron más satisfechas con el control prenatal que el grupo control (RR=1,22; IC 95%=0,99-1,52). Las mujeres del grupo de intervención reportaron un deseo mayor de disponer en un próximo embarazo de los datos de su control prenatal (RR= 1,79; IC 95%= 1,43 - 2,24). No hubo diferencias en los dos grupos en aspectos relacionados con el consumo de cigarrillo, la adherencia a la lactancia materna (RR=1,02; IC 95%= 0,88 - 1,18), el aborto o la muerte fetal in útero. Las mujeres en el grupo intervención tuvieron una tendencia mayor al parto por cesárea (RR=1,83; IC 95%= 1,08-3,12). No se encontraron diferencias entre los dos grupos en términos del olvido para llevar los registros médicos al control prenatal (RR=0,38; IC 95%=0,04 – 3,84) (53). 1+

RELACION ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que las gestantes valoran conocer sus registros prenatales y esto permite reducir la ansiedad y aumentar su satisfacción durante el control prenatal. El GDG concluyó que los registros del control prenatal deben incluir una historia clínica sistematizada con un cuestionario estructurado, acompañado de un documento en el cual se registre la información de cada cita de control prenatal. Este último documento puede

ser portado por las gestantes y llevado a cada uno de los momentos que tenga contacto con el personal de salud. En Colombia actualmente se utiliza la historia clínica y el carné materno recomendado por el Centro Latinoamericano de Atención Perinatal (CLAP).

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda realizar una historia clínica de control prenatal con registros estructurados de maternidad.
A	Se recomienda que los servicios de obstetricia ofrezcan un sistema que garantice que las gestantes porten los datos de su control prenatal (carné materno), el cuál esté disponible y sea actualizado en cada cita.
√	Se sugiere la implementación de una lista de chequeo acorde con los objetivos de cada cita de control prenatal.

5. ¿CÓMO DEBE REALIZARSE LA DETECCIÓN DE RIESGO EN EL CONTROL PRENATAL Y CUAL ES SU UTILIDAD EN GESTACIONES DE CURSO NORMAL?

La evaluación del riesgo psicosocial y biológico es un elemento de la consulta de inscripción al control prenatal, a la vez que sirve como tamizaje para definir el profesional que realiza el primer control prenatal y la necesidad de un cuidado adicional por un equipo multidisciplinario, el cual debe incluir personal de áreas como psicología, psiquiatría y ginecología, entre otros. La evaluación del riesgo biopsicosocial ayuda al personal de salud a identificar rápidamente a las mujeres con problemas médicos, emocionales y/o psicosociales durante el embarazo o el posparto y definir las necesidades de remisión para una atención especializada (54).

Factores como el nivel socioeconómico y el estrés psicosocial se han asociado con desenlaces adversos como el parto pretérmino; sin embargo, el mecanismo biológico que explica dicha asociación no es claro. El estrés psicosocial tradicionalmente se ha definido como aquellos sucesos de gran impacto que afectan a la gestante, tales como la muerte de un ser querido o grandes desastres medioambientales de su entorno. Recientemente el concepto se ha diversificado e incluye el estrés percibido, la ansiedad, la depresión, el racismo, la falta de la red de apoyo social, la aculturación y la violencia doméstica, entre otros.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Riesgo Psicosocial

Una revisión sistemática que incluyó 2.026 mujeres embarazadas, evaluó la capacidad de cuatro herramientas para detectar violencia intrafamiliar. Encontró que las mujeres que fueron detectadas como víctimas de violencia por los tres ítems de la herramienta *"Abuse Assessment Screen"* (AAS) también fueron identificadas por las otras tres herramientas. Cuando se comparó la detección de violencia por medio de la AAS con las entrevistas personales, se encontró que la AAS es mejor para detectar violencia intrafamiliar (41% *vs.* 14%). También se encontró una mayor detección de violencia intrafamiliar cuando la entrevista la realizó una enfermera (29%) comparado con el autodiligenciamiento (7%) (55).	III
Un ECC comparó la escala *"Antenatal Psychosocial Health Assessment"* (ALPHA) *vs.* consulta rutinaria de control prenatal para la detección de factores de riesgo psicosociales. Los autores encontraron que la escala ALPHA identificó un mayor número de problemas psicosociales que el control prenatal de rutina (OR=1,8; IC 95%= 1,1-3,0). Asimismo, las gestantes a las que se les aplicó la escala se sintieron más cómodas al expresar sus problemas psicosociales en comparación con el grupo control (11,2% *vs.* 2,3%; p=0,0006) (56).	1-
Una cohorte que incluyó 937 registros de control prenatal de una institución de Australia, comparó el porcentaje de detección de violencia intrafamiliar usando la escala *"Maternity Social Support"* de seis ítems (la cual es diligenciada por la gestante) *vs.* la encuesta *"Domestic Violence Initiative"* de cuatro ítems (la cual es diligenciada por el profesional de salud). Los autores encontraron que la *Maternity Social Support Scale* detectó un mayor número de casos de violencia de pareja en comparación con la *Domestic Violence Initiative* (107 casos vs. 0 casos) (57).	III
Un estudio de corte transversal con 111 participantes investigó el efecto en las gestantes de ser etiquetadas como de "alto riesgo" en su estado psicosocial	3

durante el embarazo. Se encontró que el grupo etiquetado como de “alto riesgo” tuvo una puntuación psicosocial significativamente menor que el etiquetado como de “bajo riesgo“ después de ajustar por factores de confusión (R^2 = 0,07; F= 7,592; 1 gl; p=0,007) (58).	
En un estudio de cohorte que incluyó 303 mujeres, se evaluó el efecto del estrés materno y otros componentes psicosociales en el embarazo de mujeres de curso normal en un hospital de tercer nivel. Fueron evaluadas seis dimensiones del perfil psicosocial durante el control prenatal por medio de un cuestionario auto-administrado durante las semanas 10 a 20 y las semanas 25 a 30. Se encontró que el nivel de estrés percibido entre las semanas 10 y 20 fue mayor entre las mujeres con complicaciones del embarazo en comparación con aquellas con un embarazo a término sin complicaciones (Media=32,6; DE= 11,7 *vs.* Media=29,3; DE= 10,3; P < 0,05). En el análisis de cada uno de los resultados adversos se encontró que las mujeres con parto pretérmino tuvieron una mayor percepción de estrés a las 10 a 20 semanas de gestación en comparación con las mujeres con embarazo a término sin complicaciones (Media=34,4; DE= 11,5 vs Media=29,3; DE= 10,3; p <0,05). Las mujeres que presentaron alguna complicación médica de su embarazo reportaron un menor apoyo social a las 25 a 30 semanas de gestación en comparación con aquellas gestantes que lograron llegar con su embarazo a término sin complicaciones (Media= 51,0, DE= 16,6 *vs.* Media= 55,5, DE= 13,8; p <0,05). No hubo diferencias significativas entre los grupos en otras dimensiones psicosociales (59).	2+
Una revisión sistemática que incluyó dos ECC que estudiaron la capacidad de diferentes escalas administradas en el control prenatal para predecir la depresión postnatal (60), encontró que el uso de una herramienta de detección de riesgo psicosocial (como la escala ALPHA) aporta una mayor conciencia del "alto nivel de riesgo psicosocial" en el personal de salud y en la gestante (RR= 4,61; IC 95%=	1+

0,99-21,39). Una puntuación en la escala ALPHA superior a nueve unidades se asoció con una probabilidad mayor de depresión postnatal (RR= 0,69; IC 95%= 0,35-1,38). Los autores no encontraron diferencias en relación con las puntuaciones de la escala de *"Edimburg Depresion Scale"* (EDS) aplicada en las semanas 12 a 16 y después del parto entre el grupo de gestantes que recibieron alguna intervención en el control prenatal y el grupo que recibió atención prenatal estándar (RR= 0,86; IC 95%= 0,61 - 1,21).

Una revisión sistemática incluyó 29 estudios de cohortes acerca de la depresión prenatal y su relación con resultados adversos como parto pretérmino (gestación <37 semanas), bajo peso al nacer (<2,500 g) y restricción de crecimiento intrauterino (<percentil 10 para la edad gestacional), entre otros. Se encontró que cuando la depresión se midió de forma categórica (esto es: leve, moderada, severa) se asoció con la presencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer y restricción de crecimiento intrauterino (RR= 1,39; IC 95% = 1,19-1,61. RR=1,49; IC 95%=1,25-1,77. RR=1,45, IC 95%=1,05-2,02; respectivamente) en comparación con los estudios que utilizaron una medida continua de la depresión (RR=1,03; IC 95%=1,00-1,06. RR=1,04; IC 95% =0,99-1,09 y RR=1,02; IC 95%=1,00-1,04; respectivamente). El riesgo de bajo peso al nacer asociado con la depresión prenatal fue mayor en los países en vías de desarrollo (RR= 2,05; IC 95%= 1,43-2,93) en comparación con los Estados Unidos (RR= 1,10; IC 95%=1,01-1,21) o con democracias socio- europeas (RR = 1,16; IC 95%= 0,92-1,47) (61). 2++

Riesgo Biológico

Una cohorte que incluyó 712 partos simples y 174.097 nacidos vivos, encontró que los factores de riesgo que se asociaron con muerte fetal in útero fueron la raza afroamericana e hispana, la edad materna >35 años, ser gestantes nulípara, el Índice de Masa Corporal (IMC) pre-gestacional >30 kg/m^2, el antecedente de diabetes, la hipertensión crónica, el tabaquismo y el alcoholismo (62). El 2+

antecedente de cesárea y de parto pretérmino previo se asoció a óbito en multíparas. El número de óbitos fetales a término en mujeres de raza blanca, entre 25 y 29 años, IMC normal, multíparas, sin antecedentes de hipertensión crónica ni diabetes fue de 0,8 por 1000 nacidos vivos. El riesgo de óbito a término fue 3,1 por 1000 nacidos vivos en mujeres con antecedente de diabetes, 1,7 por 1000 con antecedente de hipertensión crónica, 1,8 por 1000 en mujeres de raza afroamericana, 1,3 por 1000 con edad materna > 35 años, 1 por 1000 con IMC > 30 kg/m^2 y 0,9 por 1000 en nulíparas.	
En una cohorte de 2.459 gestantes nulíparas se aplicó una encuesta a la semana 15±1 para identificar factores de riesgo para pequeño para la edad gestacional (PEG), sin distinción entre gestantes normotensas de las hipertensas. Se midió el crecimiento fetal mediante ecografía y Doppler de arterias uterinas a la semana 20±1. Se identificaron múltiples factores de riesgo para bajo peso al nacer en mujeres normotensas, entre los que se destacan la historia familiar de preeclampsia, la ingesta baja de frutas, el tabaquismo y aquellas que recibieron tratamiento de infertilidad (63).	2++
Un estudio de casos y controles evaluó diversos factores de riesgo para preeclampsia en 318 mujeres preeclámpticas (casos) y en 318 mujeres normotensas al momento del parto (controles). Se encontró asociación para factores como infección de vías urinarias (IVU) (OR= 3,7; IC 95%= 1,1-13,6), antecedente personal de preeclampsia (OR= 9,4; IC 95%= 2,1-41,2) y estar embarazadas durante el invierno (OR= 2,1; IC 95%=1,3-3,4). Variables como la edad materna > 20 años (OR = 0,6; IC 95%= 0,6-0,9), el nivel educativo alto de la madre (OR = 0,4; IC 95%= 0,2-0,7), la paridad >1 (OR = 0,5; IC 95%= 0,3- 0,8) y el uso de anticonceptivos orales (OR= 0,4; IC 95%= 0,2-0,9) fueron factores asociados a un riesgo menor de preeclampsia. Después de ajustar por variables de confusión sólo el antecedente de preeclampsia se presentó como un factor de riesgo (OR =	2+

5,7; IC 95%= 1,1-32,4), mientras que la paridad >3 y la anemia fueron factores asociados a una disminución del riesgo (OR = 0,4; IC 95%= 0,1-0,9 y OR = 0,5; IC 95%= 0,3-0,9, respectivamente). La edad gestacional al momento del parto fue menor en el grupo de los casos (Media= 36,48, DE= 3,4 semanas *vs.* Media= 37,12, DE= 3,3 semanas, p = 0,000) (64).	
Un estudio de casos y controles que incluyó 467 casos de parto pretérmino y 467 controles con parto a término, encontró que la edad materna avanzada (≥35 años) se asoció a la presentación de parto pretérmino (OR= 2,27; IC 95%= 1,40-3,68) (65). La edad materna joven (<20 años) se asoció con parto pretérmino extremo (OR=2,07; IC 95%= 1,19-3,61). El antecedente de parto pretérmino se asoció a parto pretérmino en general (OR=3,64; IC 95%= 1,87-7,09). No haber asistido a controles prenatales se asoció con todos los subtipos de parto pretérmino. El IMC materno < 18,5 kg/m^2 comparado con el peso materno normal (IMC= 18,5–24,9 kg/m2) incrementó el riesgo de parto pretérmino (OR =1,7; IC 95%=1,21-2,39) y de parto pretérmino extremo (OR = 2,45; IC 95%: 1,35- 4,45).	2+
Un estudio de cohorte incluyó 62.074 gestantes, de las cuales 79% fueron multíparas, 16,6% fueron grandes multíparas y el 5,0% fueron grandes-grandes multíparas. Al investigar la relación entre la paridad y resultados adversos tanto maternos como perinatales, se encontró una asociación entre los tres grupos de gestantes con desenlaces como placenta previa, abrupcio de placenta, presentación anómala, trabajo de parto distócico, distocia de hombros, parto por cesárea, presencia de meconio, hemorragia posparto, anemia materna (Hb< 10), malformaciones congénitas, apgar bajo y mortalidad perinatal. Usando modelos de regresión logística se encontró que la gran multiparidad fue un factor de riesgo para trabajo de parto distócico en el primer periodo (OR = 1,5; IC 95%= 1,3-1,7) y para muerte perinatal (OR= 2,0; IC 95%= 1,7-2,5). Asimismo, se encontró que la gran-gran multiparidad es un factor de riesgo independiente para distocia del	2++

primer periodo del trabajo de parto (OR = 2,6; IC 95%= 2,2-3,2), así como para distocias del segundo periodo del trabajo de parto (OR= 2,1; IC 95%= 1,6-2,8) y para mortalidad perinatal (OR = 2,5; IC 95%= 1,9-3,3) (66).

En una cohorte que incluyó 1.455 partos se evaluó la relación entre la edad >35 años y desenlaces adversos maternos y perinatales. Se encontró que las mujeres con dichas edades presentaron con mayor frecuencia alteraciones relacionadas con el embarazo (29,2 vs 15,8%; p < 0,001), diabetes gestacional (6,2%, p < 0,0029), hemorragia del primer trimestre (5,6%, p < 0,01), parto pretérmino (3,9%, P < 0,007) e inducción del trabajo de parto (RR= 1,42; IC 95%=1,08-1,87). Se requirió cesárea en 47% de las nulíparas mayores (RR = 1,63; IC 95%= 1,24-2,15). La tasa de mortalidad perinatal fue mayor en el grupo de mujeres ≥ 35 años con 16,5 muertes perinatales x 1000 recién racidos al año, comparado con 2,77 x 1000 recién nacidos al año pertenecientes al grupo control. La morbilidad materna fue mayor en el grupo de gestantes >35 años (RR=5,98; IC 95%= 1,35-26,54) y principalmente como consecuencia de la presencia de hemorragia posparto (67). 2+

Una revisión sistemática de estudios poblacionales incluyó 76 cohortes y 20 estudios de casos y controles (68). La revisión encontró que el sobrepeso y la obesidad materna (IMC >25 kg/m^2) fueron los factores de riesgo modificables con el mayor grado de asociación, con un riesgo atribuible poblacional (RAP) de 8-18% en los cinco continentes, el cual contribuye con cerca de 8.000 muertes fetales al año (≥ semana 22 de gestación) en los países de altos ingresos. La edad materna avanzada (>35 años) y el tabaquismo materno, con un RAP de 7-11% y 4-7%, respectivamente, contribuyeron cada año con más de 4.200 y 2.800 muertes fetales. En poblaciones desfavorecidas el tabaquismo materno contribuyó con 20% de las muertes fetales. La primiparidad contribuyó con alrededor del 15% de las muertes fetales. Con respecto a las complicaciones del embarazo, ser pequeño para la edad gestacional y el abrupcio de placenta mostraron los más altos RAP 2++

(23% y 15%, respectivamente). El antecedente materno de diabetes e hipertensión mostró ser un factor de riesgo importante para la muerte fetal.

Uso de Escalas de Clasificación de riesgo

Una revisión sistemática de 15 estudios evaluó la asociación entre bajo peso al nacer y algunos de factores de riesgo individuales como características médicas, condiciones médicas y antecedentes obstétricos, en comparación con la asignación de un puntaje de riesgo. Encontró que ningunos de estos factores detectó más de 2/3 de las gestantes que tuvieron parto pretérmino, y que la mayor parte de las escalas de riesgo detecta menos del 50% de los partos pretérmino. Una de las escalas más completas incluidas que evaluaba más de 100 factores de riesgo, obtuvo una sensibilidad de tan solo 24% en nulíparas y 18% en multíparas, con un VPP de 29% y 33%, respectivamente (69). III

Una revisión sistemática de evaluación de pruebas diagnósticas que incluyó siete estudios, se centró en la evaluación de las características operativas del riesgo prenatal en relación la morbilidad-mortalidad materna. La revisión encontró que sólo 10–30% de las mujeres que fueron clasificadas a riesgo experimentó los eventos adversos predichos por las escalas de evaluación simple. No se encontraron datos suficientes para evaluar la capacidad diagnóstica en sistemas de evaluación más complejos (70). III

Una revisión sistemática de 136 estudios de cohorte que utilizaron un total de 85 diferentes instrumentos de clasificación de riesgo psicosocial, mostró la amplia gama de escalas que se han empleado para evaluar el estrés psicosocial y su relación con el parto pretérmino y el peso al nacer. Se encontró una falta de consenso sobre qué instrumento debe usarse para la medición del apoyo social en la gestante. El instrumento usado con mayor frecuencia fue el *"Abuse Assessment Screen"*. Los estudios aplicaron los instrumentos en varios momentos del embarazo lo que explica la divergencia en los hallazgos del resultado del embarazo, ya que el 2++

estrés psicosocial cambia a lo largo de la gestación. Los estudios incluidos también mostraron que las mujeres de raza blanca con alto estrés (RR=1,8; IC 95%= 1,2–2,8), aquellas con ansiedad (OR= 2,4; IC 95%= 1,2–5,0) y las mujeres de raza negra con pobre apoyo de la red social, están en alto riesgo de parto pretérmino, mientras que tener un trabajo estresante (OR= 1,8; IC 95%= 1,0–3,3) y el pobre apoyo de la red social según las escalas (OR= 2,1; IC 95%= 1,2–3,6) se relacionaron con bajo peso al nacer (71).	
Un estudio de cohorte que incluyó 565 primigrávidas sanas de Shangai y Bangladesh evaluó periódicamente el riesgo biopsicosocial (RBP) por medio de la escala de riesgo de Herrera & Hurtado (semanas 14-27, semanas 28-32 y semanas 33-42). Se clasificaron como alto riesgo aquellas gestantes con 3 o más puntos en la calificación de la escala de RBP y luego se evaluaron los resultados maternos y perinatales en todas las gestantes. El alto riesgo biopsicosocial prenatal se asoció con las complicaciones obstétricas (área bajo la curva ROC=0,80; IC 95%= 0,71-0,89) con el parto prematuro (área bajo la curva ROC =0,79; IC 95%= 0,68-0,90) y con el bajo peso al nacer (área bajo la curva ROC =0,85; IC 95%= 0,77-0,93). El período con mejores características operativas fue el de 33-42 semanas, tanto para las complicaciones obstétricas (sensibilidad (sens)= 84,4%; especificidad (esp)= 69,3%), el parto pretérmino (sens= 79,2%; esp= 67,1%) y el bajo peso al nacer (sens= 88%; esp= 77,3%)(61).	Ib

RELACION ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El seguimiento del embarazo es un proceso continuo que evoluciona gradualmente hasta el momento del parto. La evidencia muestra que el riesgo debe evaluarse lo más temprano posible, idealmente en una consulta preconcepcional o en la primera consulta de control prenatal previa a la semana 10. Esta detección precoz permite intervenir algunos riesgos que son modificables tales como patologías infecciosas o trastornos metabólicos, entre otras. Los estudios incluidos muestran múltiples factores biológicos y

psicosociales como determinantes de desenlaces adversos del embarazo, por lo que se recomienda que estos sean evaluados rutinariamente durante el control prenatal.

No existe consenso de la manera como se deben explorar estos factores de riesgo, si de manera informal o mediante una escala de clasificación de riesgo. Las escalas de riesgo permitirían clasificar a las gestantes durante el control prenatal en categorías de bajo riesgo (las cuales deben desarrollar su control prenatal con enfermera o médico general) o en la de alto riesgo (las cuales deben continuar el control prenatal con un equipo especializado multidisciplinario).

La evidencia encontrada presenta múltiples escalas de riesgo (al menos 18); dentro de ellas se encuentra la escala de Herrera & Hurtado, la cual integra la evaluación de riesgo biológico y psicosocial. Dicha escala ha sido validada en poblaciones similares a la colombiana. El GDG junto con los expertos consultados para este tema recomienda el uso de la clasificación de riesgo en el control prenatal por medio de ésta escala en el momento de la inscripción y en las citas de control.

Respecto a la detección de violencia hacia la gestante, se encontró evidencia que el uso de instrumentos simples de tamizaje mejora la detección de violencia de pareja e intrafamiliar comparado con el control prenatal de rutina, pero ésta resulta contradictoria cuando se usan registros de auto diligenciamiento *vs.* entrevista en la consulta prenatal. Por tanto, se recomienda que la detección de violencia se realice por medio de una entrevista en todas las consultas de control prenatal.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda que las gestantes de bajo riesgo reciban en el momento de la inscripción al control prenatal, y luego en cada trimestre, una valoración de riesgo psicosocial. Si se identifica riesgo se deben remitir a una consulta especializada garantizando la continuidad con el grupo a cargo del control.
B	Se recomienda en cada trimestre del embarazo evaluar en la gestante, el estrés materno crónico, la ansiedad, los trastornos del sueño y el pobre apoyo de la red social.
B	Se recomienda identificar la depresión materna mediante un tamizaje trimestral durante el control prenatal porque las mujeres con depresión durante el embarazo tienen mayor riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer.
B	Se recomienda evaluar el riesgo biológico y psicosocial en todas las gestantes mediante la escala de Herrera & Hurtado con el objeto de identificar aquellas gestantes que pueden continuar su control con enfermería y medicina general y aquellas que necesitan

	seguir su control con el obstetra y/o un grupo multidisciplinario.

6. ¿CUÁL ES EL MANEJO RECOMENDADO DE LAS MUJERES CON ANTECEDENTE DE UNA CESÁREA DURANTE EL CONTROL PRENATAL?

El dramático incremento de las tasas de cesárea primaria y su impacto como antecedente de riesgo en posteriores gestaciones ha generado una gran preocupación a nivel mundial. Existe información que cuestiona la seguridad del parto vaginal en este tipo de pacientes. Es necesario evaluar esta información en relación con desenlaces de importancia como ruptura uterina, resultados perinatales adversos, morbilidad materna mayor y necesidad de transfusión sanguínea, entre otros.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un ECC que incluyó 39.117 mujeres embarazadas a término con un parto previo por cesárea, encontró que el riesgo de ruptura uterina en estas pacientes fue de 0,32%, mientras que el riesgo global de los resultados perinatales adversos graves (muerte fetal, encefalopatía hipóxico-isquémica y muerte neonatal) fue 0,27%. El riesgo de ruptura uterina para la cesárea cuando estaba indicada fue 0,12%, mientras el riesgo en las cesáreas electivas sin indicación de repetir fue 0,02%. El parto por cesárea indicada se asoció con alto riesgo de ruptura uterina (OR=5,1; IC 95%= 1,49-17,44). El mayor porcentaje de ruptura uterina se encontró en las mujeres que fueron sometidas a trabajo de parto (0,74%) (72).	2++
Un estudio de cohorte que incluyó 13.331 mujeres embarazadas con al menos un parto previo por cesárea y en quienes se indicó parto vaginal, evaluó la asociación entre el intervalo intergenésico corto o largo con tres desenlaces maternos: ruptura uterina, morbilidad mayor (incluyendo ruptura, lesión de intestino o vejiga y laceración de arterias uterinas) y necesidad de transfusión sanguínea. El periodo intergenésico corto se evaluó con puntos de corte de <6 meses, <12 meses y <18 meses entre el parto anterior y la concepción; el periodo intergenésico largo se	2++

definió como aquel >60 meses. El periodo intergenésico menor a 6 meses se asoció con riesgo de ruptura uterina (OR=2,66; IC 95%= 1,21-5,82), morbilidad mayor (OR= 1,95; IC 95%= 1,04-3,65), y necesidad de transfusión sanguínea (OR=3,14; IC 95%= 1,42-6,95) (73).

En una revisión sistemática de 203 ECC, estudios de cohorte y casos y controles, se evaluó la incidencia de parto vaginal después de cesárea (VBAC) y la relación riesgo-beneficio en la gestante y el feto (74). Se incluyeron mujeres sanas con una gestación única y cesárea previa, las cuales fueran elegibles para una prueba de trabajo de parto (PTP) o parto electivo por cesárea (CE). En 28 a 70% de gestantes con antecedente de cesárea se realizó una prueba de trabajo de parto (PTP). Los factores previos al parto que se asociaron con parto vaginal luego de una PTP fueron: tener un parto vaginal previo (OR entre 1,83 a 28), inducción (el 63% de las mujeres que recibieron inducción tuvieron parto vaginal) y el IMC (52 a 70% de mujeres con IMC< 40 tuvieron parto vaginal); la raza hispana o afro-descendiente se asoció con realización de PTP, pero su frecuencia de VBAC es menor que en otras mujeres gestantes. Se encontró una frecuencia menor de VBAC cuando el peso fetal estimado fue mayor a 4.000 g (OR= 0,62; IC 95%= 0,54-0,71). El factor intraparto con mayor asociación a VBAC fue una puntuación alta en el índice de Bishop. Por otra parte, la mortalidad materna en mujeres con cesárea anterior se estimó en 10,1 muertes x 100.000 recién nacidos vivos. El riesgo se incrementó en el grupo de cesárea electiva (3,8 x 100.000 para PTP vs 13,4 x 100.000 para cesárea electiva). El riesgo de muerte materna asociado a la prueba de trabajo de parto fue menor a la cesárea electiva (RR=0,33; IC 95%= 0,13-0,88). Respecto a la necesidad de histerectomía, ésta alcanzó un 3% sin diferencias entre los grupos. Sin embargo, al analizar con independencia de la edad gestacional, algunos estudios mostraron mayor tendencia de histerectomía en el grupo de cesárea electiva. Respecto a la transfusión de glóbulos rojos empaquetados (GRE) se encontró que el número de transfusiones en embarazos a término fue de 6,6 x

1+

1.000 pacientes (IC 95%= 2,0 a 22,1 x 1.000) y para cesárea electiva fue 4,6 x 1.000 (IC 95 %= 1,6 a 13,2 x 1.000). No se reportan datos de infección, solamente una tendencia mayor en morbilidad febril y de endometritis en el grupo de CE, mientras que la corioamnionitis fue mayor en el grupo de PTP. Respecto a la estancia hospitalaria, el promedio de estancia hospitalaria para PTP fue 2,55 días (IC 95%= 2,34-2,76) y para CE fue 3,93 días (IC 95%=. 3,56-4,29). El riesgo de ruptura uterina en mujeres con cesárea previa independiente de la vía del parto fue 0,3% (IC 95%= 0,2-0,4); en el grupo de PTP la ruptura uterina fue mayor comparado con el grupo de CE (0,47 % vs. 0,026%). No se reportaron muertes maternas y el riesgo de histerectomía por ruptura uterina fue de 14 a 33%, mientras que la muerte perinatal fue de 6,2%. Los factores que influyeron en la ruptura uterina fueron la incisión clásica o desconocida en la cesárea anterior e inducción del trabajo de parto. Los factores protectores fueron tener un parto vaginal previo, inicio de trabajo de parto espontáneo, parto antes de 40 semanas y tener IMC normal. En relación con el recién nacido, se encontró que las tasas de mortalidad perinatal, fetal y neonatal fueron bajas en los dos grupos. La tasa de mortalidad perinatal general con PTP fue 1,3 x 1.000 recién nacidos vivos (IC 95%= 0,59-3,04%) comparado con 0,5 x 1.000 (IC 95%=: 0,07-3,83) en el grupo de CE. Dentro de la revisión se encontraron cinco herramientas para predecir la probabilidad de parto por cesárea, dos de ellas que pueden ser usadas durante el control prenatal (área bajo la curva ROC= 75%). Todos los modelos ofrecieron una capacidad razonable para identificar a las mujeres que son buenas candidatas para un parto vaginal, pero ninguno de ellos tuvo la capacidad de identificar de manera consistente las mujeres que están a riesgo de parto por cesárea.

RELACION ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que el trabajo de parto después de una cesárea previa es una opción razonable y segura. Los riesgos de un resultado adverso materno y neonatal son similares

tanto en el parto vaginal como en la cesárea electiva. Las mujeres con antecedente de una cesárea pueden recibir el control prenatal con el médico general o la enfermera capacitada hasta la semana 32 descartando alteraciones en la inserción placentaria. La literatura no muestra una herramienta única de clasificación de riesgo que sea útil en el control prenatal para definir cuáles pacientes podrían tener parto vaginal y cuáles cesárea electiva.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda que las mujeres con antecedente de una cesárea discutan con el equipo de salud a cargo de su control prenatal, los riesgos y beneficios que conlleva para ella y el recién nacido el parto vaginal comparado con la cesárea electiva.
A	Se recomienda informar a las mujeres que opten por una prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa, que la probabilidad de parto vaginal es de 74%.
D	Se recomienda que el control prenatal de una mujer embarazada con antecedente de una cesárea sin otros factores de riesgo se realice en una institución de baja complejidad; en la semana 32 debe ser remitida para valoración por gineco-obstetra para definir la vía del parto, la cual debe ser concertada con la gestante antes de la semana 36 y debe quedar documentada en la historia clínica.

7. ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBE PROPORCIONARSE POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD A LA GESTANTE DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES Y CÓMO DEBE SER PROPORCIONADA?

La información prenatal abarca una serie de actividades educativas y de apoyo que ayudan a la gestante, a su pareja y familiares a explorar y comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante esta etapa. Dicha información puede suministrarse en diferentes modalidades de comunicación grupal o individual a fin de promover el aumento de los conocimientos y habilidades, para afrontar de una manera positiva la experiencia del nacimiento y los cambios que trae la paternidad.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Medios para suministrar la información prenatal

Un ECC que incluyó 307 gestantes evaluó los beneficios de impartir la educación prenatal relacionada con la nutrición mediante el uso de CD-ROM, periódicos, folletos, Internet, videos y calendarios. No se encontró un efecto significativo en desenlaces como el aumento de tamaño del feto, el trabajo de parto prolongado o el aumento del índice de cesáreas (75).	1+
Un estudio de corte transversal encontró que en el primer trimestre las gestantes buscan información sobre nutrición en internet, libros, periódicos, calendarios y folletos. En el segundo trimestre las gestantes buscan información sobre nutrición en calendarios de nueve meses (tipo mensajes claves) y se apoyan en experiencias de amigos. En el tercer trimestre las maternas buscan información de los familiares con énfasis en aspectos relacionados con la lactancia materna (76).	3

Consejería y educación prenatal

Una revisión sistemática que incluyó nueve ECC con 2.284 mujeres gestantes evaluó programas educativos estructurados, individuales o en grupos, en relación con el parto, el cuidado del neonato y la paternidad. Cuando las gestantes recibieron su educación prenatal dentro de estos programas, se encontró un aumento de los conocimientos acerca de temas específicos (RR= 1,20 hasta 2,22). Tres de los estudios incluidos encontraron efectos benéficos en los conocimientos adquiridos (RR=1,20; IC 95%= 1,07-1,35) junto con el doble de probabilidades de discutir temas específicos del control prenatal (RR=2,22; IC 95%= 1,27-3,90). Adicional a esto, se encontró que las que recibieron educación prenatal en conjunto con otras intervenciones percibieron durante el trabajo de parto mayor dominio de su comportamiento (RR=1,48; IC 95%= 1,05-2,09), la duración del trabajo fue más corta, la fase activa disminuyó en un promedio de 1,10 horas (IC 95%= -1,64 a -0,56) y la satisfacción con la preparación a la maternidad fue mayor (Media=21,59; IC	1+

95%= 11,23 a 31,95) (77).

Cesación de tabaquismo

Una revisión sistemática que incluyó 51 ECC con 20.931 mujeres y seis ensayos cluster con 7.500 mujeres, evaluó diferentes intervenciones para la cesación de tabaquismo. La revisión encontró una disminución de la frecuencia de mujeres que fuman al final de embarazo (RR= 0,94; IC 95%=0,92-0,96), un aumento del promedio del peso fetal al nacer (RR=33,03; IC9 5%=11,32-54,74) y una disminución de la incidencia de bajo peso al nacer (< 2500 g) (RR= 0,82; IC 95%=0,70-0,95) (78). 1++

Una revisión sistemática de 72 ECC con más de 20.000 mujeres y nueve estudios de cluster con más de 5.000 gestantes, evaluó diferentes intervenciones para dejar de fumar, incluidas la terapia cognitivo-conductual, las intervenciones basadas en un proceso de cambio, el suministro de tratamientos farmacológicos, entre otras. Se encontró una reducción significativa del tabaquismo al final del embarazo posterior a las intervenciones (RR=0,94; IC 95%= 0,93-0,96). Excluyendo los estudios con alto riesgo de sesgo, se encontró que las intervenciones tuvieron un efecto moderado para la disminución de tabaquismo (RR= 0,97; IC 95%= 0,94-0,99). Sin embargo, no se encontró una disminución de la prevención de recaída en las gestantes (RR= 0,91; IC 95%= 0,75-1,10). Las intervenciones se asociaron con la disminución del bajo peso al nacer (RR=0,83; IC 95%= 0,73-0,95), el parto pretérmino (RR=0,86; IC 95%= 0,74-0,98), y un aumento del peso al nacer (Media 53,91 g; IC 95%=10,44-95,38). No se encontraron diferencias en el ingreso a unidad de cuidado intensivo (UCI) neonatal (RR=0,85; IC 95%=0,61-1,18), muy bajo peso al nacer (RR= 0,83; IC 95%= 0,73-0,95), óbito (RR=1,10; IC 95%=0,69-1,76), mortalidad perinatal (RR=1,13; IC 95%= 0,72-1,77) o neonatal (RR=1,17; IC 95%=0,34-4,01)(79). 1++

Alcoholismo

Una revisión sistemática que incluyó 46 estudios evaluó si una ingesta de más de 2++

seis bebidas alcohólicas a la semana se asociaba con mayor riesgo de desenlaces maternos y fetales adversos en comparación con la abstención total. Los resultados mostraron que una ingesta de alcohol en cantidades moderadas (>80 g/semana) se asoció con la presentación de abortos (RR=3,79; IC 95%= 1,18-12,17). No se encontró relación del consumo con la presentación de óbito, hemorragia, bajo peso al nacer o parto pretérmino (80).

2+

Un estudio de casos y controles que incluyó 552 casos y 1.451 controles encontró que los niveles altos de consumo de alcohol (12 g/día) aumentan el riesgo de bajo peso al nacer (OR = 2,67; IC 95%=1,39-5,12) mientras que el consumo de <6 g/día tiene un efecto contrario, principalmente en gestantes no fumadoras (OR= 0,64; IC 95%= 0,46-0,88) (81).

Una revisión sistemática que incluyó 36 estudios de casos y controles y cohortes, evaluó el efecto del consumo de alcohol durante la gestación en el riesgo de bajo peso al nacer y parto pretérmino. No se encontró relación con la ingesta de hasta 10 g/día de alcohol puro y el bajo peso al nacer (RR=0,99; IC 95%= 0,89–1,10). Tampoco se encontró asociación entre el parto pretérmino y el consumo de hasta 18 g/día de alcohol puro (RR=0,93; IC 95%= 0,86–1,01). Se encontró que el consumo de hasta tres bebidas alcohólicas al día (36 g/día) se asociaba con un incremento del parto pretérmino (RR= 1,23; IC 95%= 1,05–1,44) así como con el consumo de 120 g/día (RR= 7,48; IC 95%= 4,46–12,55) (82).

2++

Tamizaje de Violencia Intrafamiliar

Una revisión sistemática de estudios de cohorte que incluyó 2.888 mujeres se enfocó en la identificación de herramientas de tamizaje para violencia doméstica, comparándolos con el tamizaje rutinario dentro del control prenatal. La herramienta más usada para el tamizaje de violencia fue el *"Abuse Assessment Screen"* (AAS). La revisión encontró que la identificación de violencia intrafamiliar

2+

fue mayor con las herramientas estructuradas comparado con el tamizaje rutinario (10% - 15% *vs.* 5,4% - 6,4%, respectivamente) o con no realizar tamizaje de violencia familiar (RR=2,44; IC 95%= 1,80–3,33). Se encontró poca información acerca de la reducción de la cantidad de violencia experimentada por las gestantes gracias a las intervenciones en estas mujeres (83).

RELACION ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia disponible muestra que los conocimientos sobre el embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido impartidos a la gestante y su pareja, son mayores después de asistir a clases prenatales de cualquier modalidad, así como que el deseo de recibir esta información es un fuerte motivador para asistir a dichas clases. Hay poca evidencia de que la asistencia por sí sola tenga impacto en resultados del parto como la vía o el uso de analgesia, aunque se encontró información de mejoría en la experiencia de las mujeres sobre el nacimiento y crianza de los hijos con la asistencia a clases de educación grupal en comparación con clases tradicionales.

La información encontrada apoya la utilidad de la asesoría en cesación de tabaquismo y consumo de alcohol, ya que su consumo durante el embarazo se asocia con resultados adversos como bajo peso al nacer, parto pretérmino y muerte fetal in útero, entre otras. Una vez identificadas las gestantes en riesgo, se les debe ofrecer intervenciones encaminadas a suspender el consumo de alcohol y cigarrillo, aunque no se ha identificado cuál de ellas es la ideal. Por otra parte, se encontró evidencia limitada pero de buena calidad acerca de como tamizar la violencia intrafamiliar en diferentes momentos con la ayuda de cuestionarios sencillos, lo cual en últimas se asoció con una disminución de resultados adversos maternos y neonatales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda proporcionar a las mujeres embarazadas la siguiente información durante los controles prenatales: • **Durante la inscripción al control prenatal (idealmente antes de la semana 10):** - Consejería sobre nutrición y dieta. - El tipo y frecuencia de ejercicio físico recomendado en el embarazo, incluyendo ejercicios de piso pélvico. - Curso de preparación para el embarazo, el parto y puerperio. - Problemas de salud mental. - Detección de violencia Intrafamiliar. - Tamización de cáncer de cuello uterino. **En el primer contacto con un profesional de la salud**: - Consejería sobre estilos de vida, incluyendo intervenciones sobre cesación de tabaquismo, y las implicaciones del uso de drogas adictivas y el consumo de alcohol en el embarazo. • **Antes o a la semana 36:** - La preparación para el parto, incluyendo información sobre cómo manejar el dolor durante el trabajo de parto y planear el parto. - Enseñar signos para reconocer el inicio del trabajo de parto. - Cuidados del recién nacido. - Auto-cuidado postnatal. - Planificación familiar. • **A las 38 semanas:** - Opciones para el manejo del embarazo prolongado.
√	En cada cita de control prenatal, el profesional de la salud debe ofrecer información y explicaciones claras de cada actividad, así como ofrecer a las gestantes la oportunidad de discutir sus dudas y hacer preguntas en un ambiente donde la discusión se facilite, bien sea individual o grupalmente. La información debe ser dada en una forma fácil de entender y accesible para las mujeres embarazadas con necesidades adicionales, tales como discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje y para las mujeres embarazadas que no hablen o lean español.
√	Se sugiere complementar esta información con la "GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: versión para pacientes", así como con el uso de otros recursos tales como publicaciones nacionales y locales, folletos y videos e información interactiva vía web.

8. ¿CUÁLES SON LAS ACTIVIDADES RUTINARIAS RECOMENDADAS EN EL CONTROL PRENATAL DE EMBARAZOS DE CURSO NORMAL?

En el momento de la inscripción y en la primera cita de control prenatal se debe realizar un examen físico completo para establecer el estado de salud de la gestante. En los controles subsecuentes, el examen físico se debe enfocar en una serie de actividades encaminadas a detectar patologías que potencialmente compliquen el embarazo, como la diabetes gestacional, la preeclampsia, las alteraciones del crecimiento fetal y el parto pretérmino, entre otros.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Índice de Masa Corporal (IMC)

Un estudio de cohorte de 1.092 gestantes mostró que la ganancia de peso semanal y el peso al momento de la inscripción prenatal están asociados con el peso al nacer. Un peso materno menor a 51 kg en la primera cita de control fue el factor con mayor asociación a recién nacidos pequeños para la edad gestacional (VPP= 20%). Una ganancia de peso menor a 0,20 kg por semana obtuvo un valor predictivo positivo de 13% para detectar recién nacidos pequeños para la edad gestacional. El rango normal de ganancia de peso durante el embarazo varió entre siete a 18 kg, de acuerdo a las características individuales de la gestante (84).	Ib
En un estudio de cohorte de 7.589 gestantes, se encontró que el patrón de ganancia de peso no se relacionó con el parto pretérmino, contrario al IMC pregestacional <19,8 kg/m^2(OR=1,98; IC 95%= 1,33-2,98) y a la ganancia inadecuada de peso en el tercer trimestre de la gestación (siendo esta menor a 0,34, 0,35, 0,30 y 0,30 kg/semana para mujeres con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, respectivamente) (OR=1,91; IC 95%= 1,40- 2,61)(85).	2+
Una revisión sistemática de estudios de cohorte y casos y controles (86) incluyó 35 estudios enfocados en la asociación del peso materno pre-gestacional y la ganancia de peso durante el embarazo con desenlaces maternos y fetales. Se tomó como parámetro las recomendaciones de ganancia de peso en la gestación dadas por IOM en 1.990. Se encontró una fuerte asociación entre la escasa ganancia de peso en el control prenatal y el bajo peso al nacer (OR= 2,31; IC 95%= 1,22–4,37). El peso al nacer se incrementó entre 16,7 y 22,6 g por cada Kg de peso materno ganado. Asimismo, se encontró asociación entre la inadecuada ganancia de peso y el bajo peso al nacer en mujeres de bajo peso o	2+

peso normal pre-gestacional, pero no en mujeres obesas. En relación con las macrosomías, se encontró asociación entre estas y las altas ganancias de peso materno. La ganancia de más de 10 lb por encima de las recomendaciones de la IOM se asoció con peso al nacer > 4.500 gms (p<0,05).	
Una revisión sistemática que incluyó 36 estudios de 1.699.073 mujeres gestantes evaluó la exactitud diagnóstica del IMC pre-concepcional al momento de la inscripción al control prenatal para predecir preeclampsia. El área bajo la curva ROC fue 0,64, con características operativas para un IMC >25: sens= 47%, esp= 73% y para un IMC >35: sens=21%, esp=92% (87).	Ib
Un estudio de cohorte que incluyó 1.231 mujeres de origen hispano, evaluó la relación entre IMC pre-gestacional y la ganancia de peso durante la gestación con los trastornos hipertensivos del embarazo. El 32,3% de las gestantes experimentaron ganancia adecuada de peso, el 24,3% tuvieron ganancia inadecuada de peso y 43,4% tuvieron ganancia excesiva de peso. En el análisis multivariado las mujeres obesas (IMC > 29,0 kg/m^2) tuvieron un riesgo igual a 2,5 para desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo (IC 95%= 1,3-4,8) y un riesgo de 2,7 para desarrollar preeclampsia (IC 95%= 1,2-5,8), comparado con las mujeres con IMC entre 19,8 y 26,0 kg/m^2. Las mujeres con ganancia excesiva de peso durante el embarazo tuvieron un riesgo mayor para desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo (OR= 2,9; IC 95%= 1,1-7,2) y para preeclampsia (OR=4,2; IC 95%=1,2-14,5), comparado con las mujeres que tuvieron ganancias de peso dentro de los rangos normales. Asimismo, cuando se evaluó el IMC como una variable continua, se observó un incremento del 9% en el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo (IC 95%= 1,05-1,13) y un aumento del 7% en el riesgo de preeclampsia (IC 95%= 1,02-1,12) por cada unidad de IMC ganada (88).	2++

RELACION ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Las recomendaciones de la GPC del NICE no promueven la medición del peso materno rutinariamente durante el embarazo, ya que esto produce ansiedad innecesaria sin ningún beneficio, a excepción de las mujeres con trastornos nutricionales. La evidencia más reciente sugiere que hay una asociación entre la ganancia de peso durante el embarazo con el peso al nacer, la diabetes y la preeclampsia. Por lo tanto, resulta importante medir la talla y peso durante el control prenatal iniciando desde la inscripción para clasificar a la gestante en los diferentes grupos de atención prenatal. El GDG consideró que en cada uno de los controles se debe determinar el IMC y la ganancia de peso, así como registrarlo en la gráfica de comportamiento de Athala, la cual debe hacer parte de la historia clínica perinatal.

Presión Arterial

Un estudio de cohorte (30 pacientes) junto con un ECC (2.947 mujeres), un estudio poblacional anidado en un estudio de casos y controles (323 casos y 650 controles) y uno de cohorte, encontraron que una presión sistólica $\geq$ 130 mmHg, una presión diastólica $\geq$ 80 mmHg y una presión arterial media (PAM) elevada hacia la semana 18, se asociaron con riesgo de preeclampsia al final del embarazo (OR= 3,6; IC 95%= 2,0- 6,6. OR=1,8, IC 95%= 0,7-4,6 y RR=3,5; IC 95%= 1,7-7,2, respectivamente) (89-92).	2-, 1+, 2+
Una revisión sistemática que incluyó 34 estudios (28 estudios de cohorte, 3 ECC y 3 de casos y controles) con 60.599 mujeres (3.341 casos de pre-eclampsia) evaluó la capacidad diagnóstica de la presión arterial durante el embarazo para predecir preeclampsia. La incidencia de preeclampsia se estimó entre 0,8% a 40,8%. En poblaciones de bajo riesgo, el área bajo la curva ROC para la presión sistólica (PS), la presión diastólica (PD) y la presión arterial media (PAM) medidas en el primero y segundo trimestre fue de 0,68 (IC 95%= 0,64-0,72), 0,66 (IC 95%= 0,59-0,72) y 0,76 (IC 95%= 0,70-0,82), respectivamente. Una PAM $\geq$ 90 mmHg en	Ia

el segundo trimestre obtuvo un LR^+ de 3,5 (IC 95%= 2,0 5,0) y un LR^- de 0,46 (IC 95%= 0,16-0,75). Esta revisión incluyó cuatro estudios que mostraron que el riesgo de preeclampsia se incrementó en mujeres con una presión diastólica >80 mmHg en el primer control prenatal (RR=1,48; IC 95%= 1,0-1,9) (93).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

En la práctica clínica, la medición y registro de la PAM en la primera consulta de control prenatal puede mejorar la exactitud de la estimación del riesgo de preeclampsia. La evidencia identificada sugiere que en poblaciones de bajo riesgo la PAM en el segundo trimestre es un mejor predictor de preeclampsia (área bajo la curva ROC entre 0.70 y 0.80), comparado con un incremento en la presión sistólica o la presión diastólica (área bajo la curva menor a 0,70).

Medición de la altura uterina

Una revisión sistemática que incluyó un ECC con 1.639 gestantes evaluó la medición rutinaria de la altura uterina comparada con la palpación abdominal. No se encontró asociación con la mortalidad perinatal (OR=1,25; IC 95%=0,38- 4,08), el puntaje de apgar al minuto 1 <4 (OR= 0,93; IC 95%= 0,38-2,31), el puntaje de apgar a los 5 minutos <4 (OR= 1,04; IC 95%=0,26-4,17), la admisión a UCI neonatal (OR= 1,07; IC 95%=0,69-1,65), la hospitalización anteparto por RCIU (OR= 1,93; IC 95%=0,85-4,39), la inducción del trabajo de parto por RCIU (OR= 0,84; IC 95%=0,44-1,59), la indicación de cesárea por RCIU (OR=0,72; IC 95%=0,31-1,67), así como el bajo peso al nacer (menor al percentil 10) (OR=1,34; IC 95%= 0,91-1,98). La identificación prenatal de los bebés que tuvieron bajo peso al nacer para la edad gestacional fue mucho menor en el grupo de la altura uterina (28%) que en el grupo de la palpación abdominal (48%) (94).

1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La medición de la altura uterina con una cinta métrica es una medida simple, barata y ampliamente implementable durante el control prenatal. La medida de la altura uterina debe llevarse a cabo utilizando una cinta métrica no elástica y con una técnica estandarizada para reducir el grado de error interobservador. La gestante debe estar en una posición semisentada sobre una superficie firme y con la vejiga vacía, luego se palpa con las dos manos el fondo del útero. Contrario a la técnica usual "sínfisis - fondo del útero", se inicia colocando el cero de la cinta métrica en el fondo del útero. Desde allí, se desliza la cinta métrica a lo largo del eje longitudinal del útero hasta la parte superior de la sínfisis. La cinta métrica debe ser colocada al revés para evitar que la escala en centímetros influya en el examinador. Esta medida es registrada a partir de la semana 24 en el grafico de comportamiento de la altura uterina. El primer registro sirve de línea de base para las mediciones posteriores, que se interpretan sobre la base de la pendiente o la velocidad de crecimiento (95, 96).

- Un valor normal es aquel entre los percentiles 10 y 90 de la curva de referencia de la altura uterina para la edad gestacional.
- Un valor anormal es aquel por encima del percentil 90 o por debajo del percentil 10 de la curva de referencia de la altura uterina para la edad gestacional.

Todo valor anormal debe ser complementado con ecografía para documentar alteraciones del crecimiento fetal.

Examen de mamas

Un ECC que incluyó 96 mujeres nulíparas entre 25 y 35 semanas de gestación evaluó la efectividad del uso de protectores del seno o ejercicios de Hoffman o ambos, en gestantes con pezones invertidos o retráctiles que deseaban lactar, comparado con no recomendar uno u otro. Se encontró una tendencia a la mejoría en la anatomía de los pezones en el grupo no tratado comparado con el grupo tratado con protectores (52% vs. 60%; Diferencia= -8%; IC 95%= -28% a 11%) y 54% en el grupo de ejercicios vs. 58% en el grupo de no ejercicio	1+

(Diferencia= -4%; IC 95%=-24% a 16%). El 50% de mujeres del grupo de uso de protectores y 29% del no uso de protectores lactaron hasta las seis semanas después del parto (Diferencia= 21%; IC 95%= 40% - 2%). Igual ocurrió en el grupo de ejercicios vs. no ejercicios (Diferencia= 0%; IC 95%= -20% a 20%). Los autores concluyeron que la presencia de pezón invertido no se relaciona con dificultades de la lactancia, de hecho el uso de protectores del seno disminuyó el éxito de la lactancia materna (97).

Una revisión sistemática de ensayos clínicos no encontró estudios que evaluaran el examen de las mamas durante las visitas de atención prenatal, en comparación con el control prenatal de rutina (es decir, que no incluya el examen de mama prenatal) (98). | 1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La Guía de Práctica Clínica de NICE así como el GDG, no encontraron literatura de buena calidad que permita recomendar el examen rutinario de las mamas durante el control prenatal para mejorar la lactancia materna.

Examen Pélvico

Una revisión sistemática de cuatro ECC con 895 pacientes evaluó la pelvimetría en relación con la necesidad de cesárea. Se encontró que las mujeres a quienes se realizó pelvimetría con rayos X tuvieron una mayor incidencia de cesárea (OR=2,17; IC 95%= 1,63-2,88). No se encontraron diferencias en desenlaces como mortalidad perinatal (OR= 0,51; IC 95%= 0,18-1,42), asfixia perinatal (OR=0,61; IC 95%= 0,34-1,11), admisión a UCI neonatal (OR= 0,13; IC 95%= 0,01-2,16], dehiscencia de la herida quirúrgica (OR= 0,60; IC 95%= 0,15–2,41) o transfusión sanguínea (OR=1,0; IC 95%=0,37-2,74) (99). | 1+

Un ECC que incluyó 349 gestantes evaluó la relación entre tacto vaginal digital y | 1+

la ruptura prematura de membranas. En el grupo de las mujeres que no se les realizó tacto vaginal se encontró una incidencia de RPM de 6%, comparado con el 18% en el grupo en quienes se realizó exploración digital semanalmente después de la semana 37 de gestación (p =0,001) (100).	
Una revisión sistemática que incluyó dos ECC con 7.163 embarazadas evaluó el efecto del tacto vaginal repetido cuando no hay una indicación médica para predecir parto pretérmino y otros eventos adversos de la madre y el niño. El número de mujeres que presentó parto prematuro fue similar con y sin examen vaginal digital repetido, cuando no había una indicación médica (OR= 1,05; IC 95%= 0,85-1,31). Uno de los ECC incluidos no encontró diferencia significativa entre las dos intervenciones para la presentación de parto pretérmino antes de la semana 34 (OR=0,93; IC 95%= 0,65-1,34), la incidencia de RPM (OR =1,03; IC 95% =0,92-1,17), la hospitalización antes de la semana 37 (OR=1,13; IC 95%= 1,00-1,28)), la incidencia de cesárea (OR=1,10; IC 95%= 0,93-1,29), el uso de tocolíticos (OR=1,08; IC 95%=0,89-1,31), el bajo peso al nacer (OR= 0,85; IC 95%=0,69-1,04), la incidencia de muy bajo peso al nacer (OR =0,81; IC 95%=0,53-1,24), el óbito fetal (OR =1,09; IC 95%= 0,61-1,95), la muerte neonatal (OR =1,47; IC 95%= 0,76-2,84), el ingreso a UCI neonatal (OR =1,09; IC 95%= 0,93-1,27), así como para el uso de los servicios de salud (OR=1,14; IC 95%= 1,00-1,30) (101).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia identificada muestra que el examen pélvico y el tacto vaginal rutinario y repetido durante el control prenatal se asocian con la presentación de ruptura prematura de membranas, y no ha mostrado ser efectivo en la prevención de parto pretérmino. La Guía de Práctica Clínica de NICE, basado en un consenso de expertos, no recomienda el tacto vaginal rutinario durante el control prenatal de gestantes con embarazo de curso normal.

Violencia Intrafamiliar

Durante la gestación, la violencia intrafamiliar puede resultar en un daño directo al embarazo en desenlaces como parto pretérmino (102-104), hemorragia anteparto (105) y muerte perinatal, entre otros, e indirectamente en la mujer dificulta el acceso al control prenatal. La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública, por eso muchos gobiernos e instituciones recomiendan su investigación rutinaria durante el control prenatal.

Dos revisiones sistemáticas (106, 107) de 22 ECC evaluaron la disponibilidad de herramientas de detección de violencia intrafamiliar, la aceptabilidad del tamizaje por parte de las mujeres y los profesionales de la salud, así como la efectividad de estas intervenciones para prevenir la violencia intrafamiliar y mejorar los resultados de salud de las gestantes. Ambas revisiones encontraron que la detección de la violencia intrafamiliar con una sola pregunta es tan efectiva como la detección con múltiples preguntas. También se encontró que el tamizaje aumenta el número de mujeres identificadas como víctimas de violencia intrafamiliar. Ambas revisiones muestran que el tamizaje de violencia intrafamiliar fue aceptado por las gestantes y en menor grado por los profesionales de la salud.	2++
Una revisión sistemática incluyó nueve estudios de cohorte, casos y controles y ensayos clínicos (83). Cinco estudios (2.888 mujeres) comparaban la identificación de violencia doméstica a través de herramientas de tamizaje con cuestionarios no estructurados o no tamizaje. Cuatro estudios (859 gestantes) evaluaron las intervenciones ofrecidas una vez identificada la violencia doméstica, comparando la notificación y el acceso a servicio para la víctima con intervenciones basados en la comunidad. La herramienta más utilizada fue la *Abuse Assesment Screen* (AAS) y mostró que la identificación de violencia intrafamiliar es mayor si se realiza con una herramienta estructurada comparado	2+

con el tamizaje rutinario o no realizar tamizaje (RR= 2,44; IC 95%= 1,80–3,33). También se encontró que si se realizaba el tamizaje a lo largo del embarazo y no en un sólo momento, el número de casos de violencia detectado aumentaba (de 10% a 14%). Por otra parte, se encontró que las intervenciones para las mujeres víctimas de violencia doméstica reducen en 28% la violencia experimentada por estas mujeres.

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública. Durante la gestación puede desencadenar parto pretérmino, hemorragia anteparto, muerte perinatal e indirectamente en la mujer dificulta el acceso al control prenatal, por eso se recomienda su investigación rutinaria durante el control prenatal. El GDG concluyó que es necesario hacer tamizaje de violencia familiar con tres preguntas como se recomienda en la herramienta *Abuse Assessment Screen* (AAS). Aunque el uso de herramientas de detección de rutina puede aumentar la identificación de la violencia doméstica, en este momento hay poca evidencia de la efectividad de las intervenciones identificadas. Por lo tanto, es imperativo el desarrollo de estudios de buena calidad para probar intervenciones dirigidas a reducir la violencia familiar en contra de las mujeres embarazadas.

Examen Mental

Una revisión sistemática que incluyó 118 estudios de casos y controles evaluó la asociación entre la depresión anteparto y la depresión posparto. Se encontró una fuerte asociación entre la depresión anteparto y la depresión postparto. Un estudio de cohorte con 634 mujeres evaluó el efecto de la ansiedad y depresión antenatal con el parto pretérmino. Se encontró que la ansiedad anteparto aumenta el riesgo de parto pretérmino (OR = 4,8; IC 95%= 1,1-20,4) y la hemorragia anteparto (OR = 3,6; IC 95%= 0,9-14,7) (108, 109). Un estudio de cohorte prospectivo con 63 mujeres encontró que los bebés de madres que

2++

sufrieron depresión prenatal mostraron un desempeño más deficiente en las pruebas de evaluación neonatal, menor puntaje de orientación ($F(1,62) = 24,31$; $p < 0,001$), más reflejos anormales ($F(1,62) = 11,66$; $p < 0,001$) y menor excitabilidad ($F(1,62) = 7,00$; $p < 0,01$) (110).	
En un estudio de corte transversal basado en una encuesta a 407 mujeres, se encontró que la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) identificó al 24% de las mujeres que tenían depresión clínicamente evidente. Se reportó una asociación de la depresión con condiciones socio-demográficas como ser analfabeta, soltera y desempleada (111).	3
En un estudio de cohorte con 14.541 mujeres que evaluó la relación entre el estado de ánimo durante el embarazo y el parto con la depresión postparto mediante la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), se encontró que la EPDS a las 32 semanas identificó 13,5% de mujeres que desarrollaron depresión postparto, mientras que a la semana 8 sólo se identificó 9,1% de estas mujeres (112).	3
Una revisión sistemática de 16 estudios poblacionales evaluó la efectividad del uso de herramientas de tamizaje antenatal para predecir la depresión posparto. En dos de los más grandes estudios poblacionales incluidos en la revisión, la proporción de mujeres identificadas como en riesgo de depresión fue 16% y 52%. Sin embargo, sólo 35% y 8% de estas mujeres desarrollaron depresión posparto (113).	1+
Un ECC que incluyó 296 pacientes evaluó el impacto de un programa de educación prenatal en la reducción de la depresión posparto. Mediante un puntaje derivado de una escala de depresión se midió el grado de depresión antenatal y postnatal. El estudio no encontró diferencias en la reducción de la depresión postparto cuando se usaron programas educativos comparado con el	1+

grupo control (media a 12-28 semanas de gestación= 17 vs. 27; a las 8–12 semanas postparto= 12 vs. 14 y a las 16-24 semanas postparto= 9 vs. 11) (114).	
Un ECC con 209 mujeres en riesgo de desarrollar depresión posparto comparó un curso denominado "*Curso de preparación a la paternidad*" vs. control prenatal de rutina. No se encontró diferencias para la prevención de la depresión posparto (OR= 1,22; IC 95%=0,63 - 2,39) (115).	1+
Una revisión sistemática incluyó 29 estudios de cohorte relacionados con la depresión prenatal y al menos un resultado adverso de nacimiento, como parto pretérmino (gestación <37 semana), bajo peso al nacer (<2.500 g), o restricción de crecimiento intrauterino (menor a percentil 10 para la edad gestacional). En los estudios que utilizaron una medida categórica de la depresión se encontró un mayor riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer y restricción de crecimiento (RR=1,39; IC 95%=1,19-1,61. RR=1,49; IC 95%=1,25-1,77 y RR=1,45; IC 95%=1,05-2,02, respectivamente) en comparación con los que usaron una medida continua de depresión (RR=1,03; IC 95%=1,00-1,06. RR=1,04; IC 95%=0,99-1,09 y RR=1,02; IC 95%=1,00-1,04, respectivamente)(61).	2+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que la depresión prenatal tiende a estar asociada con un mayor riesgo de parto pretérmino y depresión posparto. No se encontró evidencia referente a la efectividad superior de una escala de tamización sobre otra. Las escalas psiquiátricas semiestructuradas de 30 – 60 min tienen óptimos resultados para esta detección. El GDG junto con el grupo de expertos consultados para este tema consideró que la depresión debe ser identificada en diferentes momentos del control prenatal para ofrecer una atención especializada y prevenir las complicaciones asociadas.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda registrar el Índice de Masa Corporal (IMC) de la gestante en la cita de inscripción al control prenatal (alrededor de la semana 10) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo a los siguientes parámetros: •IMC < 20 kg/m^2 = ganancia entre 12 a 18 Kg •IMC entre 20 y 24,9 kg/m^2 = ganancia entre 10 a 13 Kg •IMC entre 25 y 29,9 kg/m^2 = ganancia entre 7 a 10 Kg •IMC > 30 kg/m^2 = ganancia entre 6 a 7 Kg
B	Se recomienda debido a su alto riesgo de parto pretérmino, remitir a la gestante con IMC <20 kg/m^2 a un plan de manejo nutricional especifico.
B	Si la inscripción al control prenatal es tardía (después de la semana 16 – 18) se recomienda registrar el IMC pregestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación.
B	Se recomienda realizar seguimiento de la ganancia de peso en cada uno de los controles prenatales; la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado.
√	No se recomiendan orientaciones nutricionales encaminadas a bajar de peso durante la gestación.
B	Se recomienda la medición y registro de la Presión Arterial Media (PAM) en todos los controles prenatales por su capacidad para predecir la preeclampsia.
√	Se recomienda medir la presión arterial tal como se indica a continuación: • Quite la ropa apretada, asegúrese que el brazo está relajado y con apoyo a nivel del corazón. • Use un manguito de tamaño apropiado. • Infle el brazalete hasta 20-30 mmHg por encima de la presión arterial sistólica palpada. • La columna debe bajar lentamente a razón de 2 mmHg por segundo por latido. • Mida la presión arterial diastólica hasta la desaparición de los sonidos (fase V).
A	No se recomienda el examen prenatal rutinario de las mamas porque no hay evidencia que sea efectivo en la promoción de la lactancia materna, la detección de cáncer de mama o en la satisfacción materna con la atención en el control prenatal.
A	En ausencia de indicación clínica, no se recomienda la evaluación cervical digital repetida (tacto vaginal) porque no ha mostrado ser efectiva en determinar la edad gestacional, predecir el parto pretérmino o detectar la desproporción cefalopélvica.
D	Se recomienda que los profesionales de la salud permanezcan alertas a los síntomas o signos de violencia intrafamiliar. Las gestantes deberán tener la oportunidad de discutir la violencia intrafamiliar en un ambiente en el cual se sientan seguras.
B	Se recomienda, como parte del tamizaje de violencia doméstica, que a la mujer embarazada se le pregunte: • **¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera? • **¿DESDE QUE ESTÁ EMBARAZADA,** ha sido golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera? • **¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, fue forzada a tener relaciones sexuales? Si la respuesta es positiva a una de las anteriores, se debe reportar el caso y orientar a la gestante a recibir apoyo de un equipo multidisciplinario.

C	Se recomienda que al inicio del control prenatal, los profesionales de la salud indaguen por antecedentes relevantes de trastornos mentales. Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave se debe garantizar su atención en un servicio especializado de salud mental.
C	Se recomienda que en el primer control prenatal, en la semana 28 de gestación y en la consulta de puerperio se identifique el riesgo de depresión postparto mediante dos preguntas: • Durante el mes pasado, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia? • Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas? • Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde "sí" a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda?
A	En las pacientes en que se detecte alto riesgo de depresión postparto se recomienda garantizar una intervención en el postparto inmediato.

9. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA NÁUSEA Y EL VÓMITO EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO?

La náusea y el vómito son los síntomas gastrointestinales que con más frecuencia se presentan durante el embarazo, presentándose en cerca del 80% de las embarazadas durante el primer trimestre.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un ECC que incluyó 70 pacientes evaluó el tratamiento de la náusea y el vómito con base en jengibre (250 mg cuatro veces al día) vs. placebo. El puntaje en una escala visual análoga de la intensidad del vómito después del tratamiento disminuyó significativamente en el grupo de jengibre comparado con el grupo placebo (2,1 ± 1,9 vs. 0,9 ± 2,2; p =0,014) y una reducción en el número de episodios de vómitos (1,4 ± 1,3 vs. 0,3 ± 1,1; p =0,021). No encontraron diferencias en las tasas de aborto espontáneo, cesárea o anomalías congénitas (116).	1+
Dos revisiones sistemáticas evaluaron el manejo de la náusea y el vómito con jengibre vs. placebo, incluyendo un estudio de corte transversal y un ensayo clínico. El estudio transversal intrahospitalario por hiperémesis manejado con jengibre (250 mg cuatro veces al día) encontró que tanto el grado de náusea y el	1+

número de ataques de vómitos se redujeron con el tratamiento con jengibre (P = 0,035). Por su parte el ECC encontró que el vómito se resolvió en el 67% al sexto día de seguimiento, en comparación con sólo 20% en el grupo control al mismo día (117, 118).	
Tres revisiones sistemáticas con 23, 10 y seis ECC, respectivamente, evaluaron la efectividad de la acupuntura en el punto P6 para el alivio de las náuseas y vómitos en la gestación. Los resultados mostraron beneficios de la acupuntura en relación con la disminución de la naúsea (OR= 0,35; IC 95%= 0,23-0,54) (117, 119, 120).	1++, 1+
Cuatro ECC que incluyeron 805 mujeres encontraron una reducción de los síntomas de náuseas y vómitos entre las mujeres con muñequeras de acupresión en comparación con las mujeres con bandas o ningún tratamiento (71% vs. 63%). No se reportaron eventos adversos asociados a la intervención (121-124).	1+
Una revisión sistemática que incluyó 12 ECC y 1.505 pacientes, evaluó la efectividad de los antieméticos (antihistamínicos tipo piridoxina) vs. placebo o ningún tratamiento en el manejo de las náuseas y el vómito en la gestante. Se encontró una reducción de las náuseas en el grupo con antieméticos (OR=0,17; IC 95%= 0,13-0,21). Una segunda revisión con 7 ECC y 1.190 pacientes encontró una mejoría de las náuseas con antihistamínicos (RR= 034; IC 95%= 0,27–0,43) y un tercer estudio de 24 ECC con más de 200.000 mujeres encontró un aumento de la somnolencia asociada con antihistamínicos (OR=2,19; IC 95%= 1,09-4,37) (125-127).	1++
Una revisión sistemática que incluyó 24 ECC con más de 200.000 gestantes, evaluó la seguridad de los antihistamínicos para el manejo de la náusea y el vómito en las gestantes. La revisión no encontró aumento de la teratogenicidad en el grupo de gestantes tratadas con antihistamínicos (OR= 0,76; IC 95%= 0,60-0,94). No se encontró suficientes datos referentes a la seguridad de la metoclopramida para ser	1++

recomendada como fármaco de primera línea (127).

Una revisión sistemática con 27 ECC que incluyó 4.041 mujeres gestantes, evaluó la efectividad y la seguridad de cuatro intervenciones para náuseas, vómitos y arcadas en mujeres de hasta veinte semanas de gestación. Referente al uso de la acupresión vs. placebo, no se encontraron diferencias en la reducción de la náusea y vómito tanto en mediciones categóricas como en continuas (RR=0,78; IC 95%=0,44-1,39; DM=1,17; IC 95%=1,52-3,86). El uso del jengibre también se evaluó frente a placebo (RR= 0,29; IC 95%= 0,10-0,82) y a ingesta de vitamina B6 con resultados inconsistentes (RR=0,84; IC 95%= 0,47-1,52). Por otra parte, la ingesta de vitamina B6 vs. placebo no demostró ser efectiva para el control de estos síntomas (RR=0,76; IC 95%= 0,35-1,66). Finalmente, los estudios centrados en la efectividad de antieméticos han encontrado beneficios con la ingesta de hidroxicina vs. placebo (RR=0,23; IC 95%= 0,15-0,36), así como con el uso de tietilperacina vs. placebo (RR= 0,49; IC 95%= 0,31-0,78). Comparando piridoxina-metoclopramida, proclorperacina y prometacina, aproximadamente 65%, 38% y 40% de mujeres gestantes, respectivamente, reportaron mejoría en sus síntomas (128). 1+

Una revisión que incluyó 12 revisiones sistemáticas y 21 ensayos clínicos y estudios observacionales con 5.956 pacientes, evaluó los efectos del tratamiento de la náusea y el vómito en la gestación temprana, así como los efectos del tratamiento de la hiperémesis gravídica. Se encontró que los antihistamínicos antagonistas H1 (buclizina, dimenhidrinato, hidroxicina, y meclozina) redujeron significativamente las náuseas comparados con placebo (OR=0,20; IC 95%= 0,06-0,63). Asimismo se encontró que el jengibre vs. placebo redujo significativamente el vómito tanto a los cuatro días de ingesta (RR= 0,57; IC 95%= 0,34-0,95) como a los siete días (RR=0,18; IC 95%= 0,07-0,45). Por otra parte, no se encontraron efectos benéficos con el uso de piridoxina (RR=0,76; IC 95%= 0,36-1,66), acupuntura (RR=0,93; IC 95%= 0,88-0,99) o fenotiazinas (RR=0,28; IC 95%= 0,06-1,29). Finalmente, se encontró que la 1+

digitopresión y la acupresión en P6 redujeron el vómito en comparación con placebo (RR=0,41; IC 95%=0,28-0,60 y RR=0,45; IC 95%=0,32-0,63, respectivamente) (129).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Se encontró una gran cantidad de estudios de buena calidad que muestran un amplio espectro de intervenciones, las cuales mejoran los síntomas de náuseas y vómitos en el embarazo. Entre las intervenciones que han mostrado ser eficaces se encuentran intervenciones no farmacológicas basadas en cambios en el hábito alimenticio, uso de jengibre y acupuntura e intervenciones farmacológicas como los antihistamínicos, los cuales han mostrado ser eficaces y seguros. Dado lo anterior, el GDG concluyó que se pueden tener en cuenta durante el control prenatal intervenciones no farmacológicas como el jengibre y la acupuntura en el punto P6 y farmacológicas basadas principalmente en antihistamínicos

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	A juicio del médico tratante, las intervenciones recomendadas para la reducción de la nausea y el vómito incluyen el jengibre, los antihistamínicos y la vitamina B6.
√	Se recomienda que las mujeres reciban información acerca de los aspectos relacionados con la náusea y el vómito en la gestación, incluyendo que la mayoría de los casos en el embarazo se resuelven espontáneamente antes de la semana 16 a 20 de gestación, y no suelen estar asociados con un resultado adverso del embarazo.

10. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL REFLUJO/EPIGASTRALGIA DURANTE EL EMBARAZO?

La epigastralgia es una sensación de ardor o malestar sin clara etiología que se percibe detrás del esternón, se acompaña de regurgitación gástrica y usualmente se presenta en la primera mitad del embarazo. Para el alivio de este síntoma en la gestantes se ha propuesto brindarle información sobre modificaciones de estilo de vida (percepción de la postura, mantener una posición vertical, especialmente después de comer), así como

modificaciones en la dieta (comidas pequeñas, frecuentes y reducción de alimentos ricos en grasas e irritantes gástricas como la cafeína).

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Antiácidos y preparaciones de alginato

Un ECC que incluyó 120 gestantes comparó el tratamiento de la epigastralgia con antiácido vs. placebo, encontrando que 80% de las mujeres del grupo de tratamiento reportaron un alivio de la acidez estomacal y el dolor en la primera hora después de consumirlo, en comparación con el 13% del grupo placebo. Un segundo ECC con 207 gestantes comparó el alginato con trisilicato de magnesio. Encontró que ambos medicamentos mejoraron los síntomas de reflujo y epigastralgia en similar proporción a las dos semanas de tratamiento (82% del grupo de alginato vs 76% del grupo de magnesio) (130, 131).	1+
Un ECC que incluyó 41 pacientes comparó mezclas ácidas y alcalinas vs. placebo, no encontró diferencias en el alivio de los síntomas de acidez cuando las mujeres se les administraron el ácido o un álcali (mejoría con la mezcla ácida 68% vs. mejoría con la mezcla alcalina 51%; p=0,18). Sin embargo, se encontró un mayor alivio de la sintomatología utilizando mezclas ácidas en lugar de placebo (68% vs 44%; p= 0,045) (132).	1+

Antagonistas o bloqueadores del receptor H2

Dos ECC que incluyeron 50 y 20 pacientes evaluaron el efecto de la ranitidina administrada una o dos veces al día vs. placebo para el manejo de la epigastralgia en las gestantes. Se encontró una mejoría significativa en los síntomas de ardor estomacal, especialmente cuando la ranitidina fue tomada dos veces al día (55,6%; IC 95%= 34,8%-76,5%) comparado con el placebo (44,2%; IC 95%= 15,4%-72,9%). Un estudio de casos y controles referente al mismo tema con 178 gestantes no encontró ninguna asociación de los bloqueadores H2 con malformaciones fetales	1+, 2++

cuando se usaron en el primer trimestre de la gestación (DM= 1,38%; IC 95%= -5,2% a 2,4%) (133-135). Una revisión sistemática de cinco estudios de cohortes y 593 pacientes sobre la seguridad de los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol) no encontró asociación entre dichos inhibidores y la presencia de malformaciones fetales (RR= 1,18; IC 95%= 0,72-1,94). Sin embargo, los autores aconsejaron precaución con su uso en el embarazo debido a la toxicidad encontrada en estudios con animales (136).	2+
Una revisión sistemática de tres ECC con 286 gestantes evaluó la respuesta de tres intervenciones (prostigmina intramuscular, antiácidos o antiácidos + ranitidina) vs. placebo en la mejoría de la pirosis. Se encontró que las tres intervenciones obtuvieron resultados favorables cuando se compararon con placebo (RR= 0,4; IC 95%= 0,23-0,69. RR= 1,41; IC 95%= 1,18-1,68. RR= 0,31; IC 95%= -1-89 a - 1,27) (137).	2+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia de buena calidad muestra que el reflujo y la epigastralgia se pueden manejar durante el embarazo con modificaciones en la dieta y la postura. En caso de no mejoría, la evidencia soporta el uso de medicamentos tales como antiácidos (primera línea) y bloqueadores de los receptores H2 (segunda línea). Los inhibidores de la bomba de protones se deben usar con precaución por la toxicidad mostrada en animales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

C	Se sugiere el uso de antiácidos en aquellas gestantes en quienes la pirosis siga siendo un problema a pesar de modificaciones en su estilo de vida y dieta.
√	Se recomienda ofrecer información a las gestantes que presentan síntomas de pirosis en cuanto a cambios en su estilo de vida y modificación de la dieta.

11. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN LA MUJER EMBARAZADA?

Generalmente el estreñimiento durante el embarazo se asocia con una dieta pobre en fibra y con niveles elevados de progesterona, los cuales causan una reducción en la motilidad gástrica y retraso en el tránsito intestinal. El dolor durante la deposición y el malestar abdominal ameritan en muchos casos manejo médico.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática de dos ECC comparó el uso de suplementos de fibra vs. ninguna intervención para el tratamiento del estreñimiento. Se encontró que los suplementos de fibra de trigo o salvado fueron más eficaces en el aumento de la frecuencia de las heces (OR=0,18; IC 95%= 0,05-0,67) (138).	1++
Una revisión sistemática de dos ECC que incluyó 180 mujeres gestantes, evaluó la utilidad de los suplementos de 10 mg diarios de fibra y varios laxantes para el tratamiento del estreñimiento en la gestante. Se encontró que los suplementos de fibra incrementaron la frecuencia de la defecación (OR=0,18; IC 95%= 0,05-0,67) y produjeron heces más blandas. Cuando el malestar no se redujo con los suplementos de fibra, los laxantes estimulantes fueron más efectivos que los laxantes de volumen (OR=0,30; IC 95%= 0,14-0,61) pero con un incremento del dolor abdominal y la diarrea (139).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que el malestar ocasionado por el estreñimiento durante el embarazo usualmente mejora con el uso en la dieta de alimentos ricos en fibra. En caso de no mejoría se puede utilizar laxantes estimulantes teniendo en cuenta los efectos adversos que ocasiona. No se encontró evidencia en la efectividad o seguridad de los laxantes osmóticos como la lactulosa o suavizantes para su uso durante la gestación.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda que a las mujeres que presentan estreñimiento en el embarazo se les prescriba una dieta rica en fibra. Si no se obtiene mejoría se sugiere el uso de laxantes, considerando sus posibles efectos secundarios.

12. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES EN LA MUJER EMBARAZADA?

Un pequeño porcentaje de mujeres presentan enfermedad hemorroidal durante el último trimestre del embarazo, usualmente acompañada de dolor y sangrado rectal. Los tratamientos propuestos para el manejo en la gestante incluyen modificaciones en la dieta, uso de cremas tópicas y en casos extremos cirugía.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un ECC que incluyó 100 gestantes comparó el uso de medicamentos por vía oral vs. placebo en mujeres embarazadas con hemorroides. Se encontró que luego de dos semanas de uso, 84% de las mujeres en el grupo de tratamiento reportaron una mejoría en los síntomas comparados con 12% del grupo placebo. No se encontraron diferencias significativas en desenlaces adversos como anomalías fetales o parto pretérmino (140).	1+
Una serie de casos que incluyó 50 pacientes evaluó la terapia con flavonoides vía oral para el manejo de las hemorroides. Se encontró que la mayoría de las mujeres reportaron mejoría de los síntomas (sangrado, dolor, exudado rectal y malestar en el recto) después de siete días. Seis mujeres se quejaron de náuseas y vómitos, los cuales se resolvieron en el curso del tratamiento (141).	3
Una revisión sistemática que incluyó dos ECC con un total de 150 mujeres con gestaciones entre 14 y 33 semanas con hemorroides sintomáticas, comparó el uso de un rutósido vía oral (hydroxyethilrutoside) en dosis de 500 a 600 mg VO/ día por un periodo de dos semanas vs. placebo. Se encontró mejoría de los síntomas en las mujeres con hemorroides grado uno y dos (RR=0,07; IC 95%= 0,03-0,20). Los efectos	1+

adversos encontrados con el uso del rutósido fueron náuseas y dispepsia, principalmente (RR=4,99; IC 95%= 0,60-41,49). Se registró una muerte por abruptio de placenta en el grupo placebo y una polidactilia aislada en el grupo de intervención (142).

En una serie de casos que incluyó 25 mujeres en el tercer trimestre de gestación, se realizó hemorroidectomía cerrada bajo anestesia local para el manejo de hemorroides trombosadas o con gangrena. 24 de las 25 gestantes informaron alivio inmediato del dolor y no se reportaron complicaciones en el feto. Sin embargo, los autores subrayaron que la cirugía rara vez debe considerarse como una intervención rutinaria para la mujer embarazada ya que las hemorroides pueden resolver después del parto (143). | 3

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia señala que el manejo de las hemorroides sintomáticas durante el embarazo debe iniciarse con modificación de la dieta. La terapia oral ha demostrado mejoría en los síntomas en mujeres gestantes con hemorroides grado uno y dos. Sin embargo, no hay suficientes datos sobre la seguridad del uso de los mismos durante la gestación. Hasta no tener más estudios sobre la seguridad de estos medicamentos en la gestación no es aconsejable el uso de la terapia oral, principalmente rutósidos, en mujeres gestantes con hemorroides sintomáticas.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda ofrecer a las gestantes información relacionada con la modificación de la dieta en presencia de síntomas de hemorroides. Si los síntomas clínicos siguen siendo molestos, se puede considerar el uso de cremas antihemorroidales.
B	No se recomienda el uso de rutósidos durante el embarazo para mejorar los síntomas de hemorroides.

13. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME VARICOSO EN LA MUJER EMBARAZADA?

El síndrome varicoso es un motivo de consulta frecuente en el embarazo. Se presenta principalmente en las venas superficiales de las piernas y suelen causar prurito, malestar general y edema de pies y tobillos.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó tres ECC con 115 mujeres abordó el manejo del síndrome varicoso en gestantes, encontrando diferentes tratamientos como la compresión neumática externa intermitente, la inmersión en agua y el reposo en cama de las gestantes con edema en las piernas. Sin embargo, los desenlaces evaluados (volumen de la pierna, diuresis, presión arterial) no fueron desenlaces importantes para las mujeres gestantes. El uso de rutósidos por ocho semanas proporcionó una mejoría del síndrome a las 36 semanas de gestación (OR= 0,30; IC 95%= 0,12-0,77). No se encontraron datos de seguridad del uso de los rutósidos durante la gestación (144).	1++
Un ECC que incluyó 42 mujeres con menos de 12 semanas de gestación comparó la eficacia de diferentes tipos de medias de compresión en la prevención de venas varicosas emergentes durante la gestación vs. el no uso de este tipo de medias. Ninguno de los tipos de medias pudo evitar la aparición de venas varicosas (13/27 en las que usaron medias vs. 13 /30 en las que no usaron; p= 0,79), pero las mujeres con las medias de compresión reportaron mejoría de sus síntomas (7/27en casos vs. 0/15 en los controles; p = 0,045, p = 0,045) (145).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es insuficiente para recomendar alguna intervención en el manejo del síndrome varicoso durante el embarazo. Sin embargo, las medias de compresión pueden aportar alguna mejoría de los síntomas.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda el uso de medias de compresión para mejorar los síntomas del síndrome varicoso en la gestante.
√	Se recomienda informar a las mujeres gestantes que las várices son comunes en el embarazo.

14. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR EN LA MUJER EMBARAZADA?

El dolor lumbar durante el embarazo es una de las molestias más frecuentes del embarazo. Se ha atribuido a una postura alterada por aumento de la lordosis lumbar y a una mayor laxitud de los músculos de apoyo como resultado de la hormona relaxina. El dolor lumbar usualmente interfiere con las actividades diarias de la mujer y produce alteración del sueño, especialmente durante el tercer trimestre de la gestación.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática con tres ECC y 310 pacientes, evaluó la efectividad de diferentes intervenciones en el manejo del dolor lumbar (146). Las mujeres que participaron en gimnasia acuática tuvieron menos días de incapacidad en comparación con las mujeres a las que no se les realizó ninguna intervención específica (OR= 0,38; IC 95%= 0,16-0,88). El uso de almohadas Ozzlo fue más eficaz en el alivio del dolor de espalda y para mejorar la calidad del sueño de las mujeres con gestación mayor a 36 semanas en comparación con el uso de una almohada estándar (OR= 0,32; IC 95%= 0,18-0,5 y OR= 0,35; IC 95%= 0,20-0,62). Por otra parte, el uso de diez sesiones de acupuntura fue calificada como más útil para la reducción del dolor en comparación con la asistencia a diez sesiones de fisioterapia en mujeres con embarazos menores a 32 semanas (OR= 6,58; IC 95%= 1,00- 43,16).	1++
Un ECC que incluyó 26 gestantes, comparó el efecto de la terapia de masaje con clases de relajación muscular progresiva. Los autores encontraron que las puntuaciones que se le daba al dolor de espalda, disminuyeron en las mujeres que habían recibido masaje durante cinco semanas (3,8/2,1; p=0,01) en comparación	1+

con las mujeres que recibieron terapia de relajación durante cinco semanas (147).

Un ECC cuasi-aleatorizado que incluyó 407 pacientes comparó tres opciones de manejo para el dolor lumbar: clases grupales, clases individuales y control prenatal de rutina (grupo control). Las mujeres que recibieron clases individuales o grupales reportaron una mejoría en cuanto al dolor pélvico o de espalda en comparación con el grupo control ($p<0,05$). El grupo que recibió clases individuales reportó una mejoría significativa de su sintomatología comparado con las gestantes del grupo control y del grupo de clases grupales ($p<0,05$) (148). 1+

Un estudio de cohorte que incluyó 135 pacientes comparó los efectos de un programa de fisioterapia de cinco visitas, en las que se les enseñaba a las gestantes anatomía, postura, ergonomía profesional, gimnasia y relajación vs. un programa de ejercicio comparado con intervenciones no específicas. Se encontró una reducción promedio de 24 días en los días de incapacidad del grupo intervención, (30,4 días en el grupo intervención vs. 53,6 días en el grupo control; $p<0,01$) (149). 2++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia sugiere que el manejo del dolor lumbar asociado al embarazo incluye alternativas centradas en un programa de fisioterapia idealmente individualizado. Otras intervenciones identificadas como parte del tratamiento del dolor de espalda y que tienen un efecto benéfico, son: autotracción, tratamiento quiropráctico, tratamiento mecánico del dolor de espalda, terapia de manipulación de columna, ejercicio de movilización rotacional y la movilización conjunta manual aplicada a los segmentos vertebrales sintomáticos.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda que las mujeres sean informadas que el ejercicio en el agua, la fisioterapia y las clases individuales o en grupo orientadas al cuidado de la espalda pueden ayudar a aliviar el dolor lumbar durante el embarazo.

15. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PUBALGIA EN LA MUJER EMBARAZADA?

La pubalgia es una sensación dolorosa que se origina en el área pélvica y se irradia a miembros inferiores y región lumbar, varía desde una forma leve hasta una forma severa y puede llegar a ser incapacitante en la mujer gestante. Una serie de casos que incluyó 248 gestantes encontró que los síntomas de pubalgia iniciaron en el primer trimestre de gestación en 9% de los casos, en el segundo trimestre en 44% , en el tercer trimestre en 45% de las gestantes y por último en 2% de las gestantes durante el parto o el período postnatal (146).

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una serie de casos presentó diferentes terapias para la disfunción de sínfisis del pubis, incluyendo el uso de muletas y soporte de la pelvis para el alivio del dolor. Se encontró que muchos medicamentos usados rutinariamente para aliviar el dolor osteoarticular en la población general parecen no ser apropiados durante el embarazo (150).	4
Una revisión sistemática que incluyó tres ECC con 546 gestantes evaluó el papel de la acupuntura en el manejo del dolor pélvico y de espalda durante la gestación. Se encontró que la acupuntura, en adición al tratamiento estándar basado en analgésicos, es más efectiva que el tratamiento estándar, la fisioterapia o ejercicios como intervención única (60% de mejoría en el grupo de acupuntura vs. 14% en el grupo control; p<0,01) (151).	1+
Una revisión sistemática que incluyó ocho ECC con 1.305 participantes evaluó el efecto de adicionar acupuntura o ejercicios de estabilización al cuidado prenatal usual comparado con el cuidado prenatal usual. Se encontró que después de una semana de terapia aquellas gestantes que recibieron sólo el cuidado usual reportaron más dolor pélvico que aquellas que recibieron acupuntura (Diferencia de	1++

Medianas= 27; IC 95%= 13,3-29,5) o ejercicios de estabilización (Diferencia de Medianas= 13; IC 95%= 2,7-17,5). Las gestantes que recibieron acupuntura reportaron menos dolor nocturno comparado con las que recibieron fisioterapia (Diferencia de Medianas= -14; IC 95%= -18 a -3,3) (152).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Tomando en cuenta la evidencia, aunque esta es limitada, el GDG concluyó que los ejercicios de relajación específicos para las gestantes, la fisioterapia y la acupuntura adicionales al control prenatal usual parecen reducir el dolor pélvico comparado con el control prenatal rutinario solo. Cuando se compararon individualmente, la acupuntura parece ser más efectiva que la fisioterapia en la disminución del dolor pélvico, pero no es claro si el efecto es debido al tratamiento o al hecho que la acupuntura es realizada individualmente, mientras la fisioterapia y los ejercicios de relajación se hacen grupalmente.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se sugiere la remisión a fisioterapia durante el control prenatal para disminuir la pubalgia asociada al embarazo.

16. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES SON RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO EN LA MUJER EMBARAZADA?

El síndrome de túnel del carpo es una queja común entre las mujeres gestantes con incidencias que oscilan entre 21% a 62%. Esta se da como resultado de la compresión del nervio mediano dentro del túnel del carpo debido al edema de tejidos. Las intervenciones para tratar el síndrome de túnel del carpo incluyen férulas para la muñeca o combinación de éstas más inyección tópica de corticosteroides y analgesia (153, 154).

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

No se encontró evidencia de alto nivel y buena calidad para evaluar las intervenciones para el tratamiento del síndrome de túnel del carpo en el embarazo.

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El GDG y el consenso de expertos, consideró que hay poca información y de baja calidad con respecto a la utilidad de diferentes intervenciones para el manejo del síndrome de túnel del carpo durante la gestación, por lo que el manejo debe ser individualizado.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

√	Se recomienda informar a las gestantes que el síndrome de túnel del carpo es una queja común durante el embarazo y que debe discutir las opciones de tratamiento con el equipo de salud a cargo de su control prenatal.

17. ¿CUALES VACUNAS DEBEN APLICARSE EN EL EMBARAZO?

La vacunación en el embarazo está indicada para proteger a la madre y al feto de enfermedades que pueden ser prevenibles. Las recomendaciones actuales sugieren que las vacunas con virus inactivos pueden ser utilizadas en el embarazo ya que no se han reportado efectos teratogénicos ni desenlaces adversos en la madre por causa de esta vacunación.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Influenza

Un ECC que incluyó 340 madres evaluó la eficacia de la vacuna inactiva de la influenza en la gestación. Entre los bebés de madres que recibieron la vacuna contra la influenza hubo menos casos de gripe confirmada por laboratorio que entre los lactantes del grupo control, con una efectividad de la vacuna de 63% (IC 95%= 5-85). La enfermedad respiratoria con fiebre ocurrió en 110 recién nacidos en el grupo vacunado vs. 153 en el grupo control, con una efectividad de la

1+

vacuna del 29% (IC 95%= 7%-46%). Por otra parte, entre las madres se encontró una reducción en la tasa de enfermedad respiratoria del 36% (IC 95%=4%-57%) (155).

Tétanos

Una revisión sistemática acerca del tétanos en la gestación incluyó dos ECC y 10.560 pacientes. El primer estudio con 1.919 niños evaluó la efectividad del toxoide tetánico para prevenir las muertes neonatales por tétanos. Se encontró que la efectividad de una dosis de esta vacuna fue 43% (RR= 0,57; IC 95%= 0,26 - 1,24). Con dos o tres dosis la efectividad aumentó a 98% (RR=0,02; IC 95%= 0-0,30). También se evaluó la efectividad para prevenir los casos de tétanos neonatal y se encontró que después de al menos una dosis de toxoide tetánico, la efectividad ascendió a 80% (RR=0,20; IC 95%= 0,10-0,40). Un segundo estudio con 8.641 niños evaluó la efectividad del toxoide tetánico y diftérico para prevenir la mortalidad después de una o dos dosis; encontró una efectividad de la vacuna del 32% (RR= 0,68, IC 95%= 0,56 - 0,82) (156). 1+

El CDC y el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recomiendan implementar un programa de vacunación para las mujeres embarazadas quienes previamente no han recibido Toxoide+Bordetella pertussis (Tdap), o cuya última dosis de Toxoide tetánico (Td) fue hace más de 10 años. Las mujeres embarazadas que nunca han sido vacunadas contra el tétanos o que se desconoce su esquema de vacunación, deben recibir tres dosis de vacuna que contenga toxoide tetánico y diftérico. El esquema recomendado es 0, 4 semanas y 6 a 12 meses. Una dosis de Tdap debe reemplazar una de Td después de la semana 20 de gestación. Si no se administró durante el embarazo, el Tdap debe ser administrado en el postparto inmediato (157). 4

Hepatitis B

Una revisión sistemática evaluó los efectos de la vacuna contra la hepatitis B, sin encontrar ensayos clínicos aleatorizados en relación a ésta vacuna. Los autores recomiendan el desarrollo de nuevos estudios aleatorizados de alta calidad metodológica, con el fin de evaluar la incidencia de la infección en los recién nacidos, así como los efectos adversos derivados la aplicación de la vacuna contra hepatitis B durante la gestación (158). | 1+

Varicela

El CDC y el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) han señalado que los efectos de la vacuna contra el virus de la varicela en el feto son desconocidos. Por lo tanto no se recomienda que las mujeres gestantes sean vacunadas. Las mujeres con vacunación reciente para la varicela deben evitar la gestación hasta un mes posterior a la administración de de la vacuna. Para las personas susceptibles a la infección, vivir con una mujer gestante no es una contraindicación para la vacunación (159). | 4

Fiebre Amarilla

El CDC y el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) advierten que la seguridad de la vacuna contra la fiebre amarilla durante la gestación no ha sido establecida, por tanto recomiendan que la vacuna sólo sea administrada si el viaje a una zona endémica es inevitable y si existe un mayor riesgo de exposición. Al parecer la infección del feto con virus de la fiebre amarilla (YF17D) se produce a una tasa baja no establecida, pero no se ha asociado hasta el momento con anomalías congénitas. Si los requisitos de los viajes internacionales son la única razón para vacunar a una mujer gestante, a cambio de un mayor riesgo de infección, se deben hacer esfuerzos para obtener una carta de renuncia del viajero por parte médica. Sin embargo, las mujeres gestantes que tienen que | 4

viajar a áreas donde el riesgo de contraer fiebre amarilla es alto deben ser vacunadas y, a pesar de la aparente seguridad de esta vacuna, los recién nacidos de estas mujeres deben ser estrechamente vigilados para detectar infección congénita y otros posibles efectos adversos derivados de la vacunación (159).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La mayor parte de la evidencia respecto a las recomendaciones de vacunación en el embarazo provienen de los consensos de expertos del *Centers for Disease Control* (CDC) y el *Advisory Committee for Immunization Practice* (ACIP). Hay evidencia de buena calidad para indicar la vacunación en el embarazo contra la influenza estacional y para prevenir el tétanos neonatal. Por otra parte, no se encuentra evidencia de buena calidad para recomendar la vacuna contra Hepatitis B y, por falta de evidencia en cuanto a la seguridad, el GDG consideró prudente no recomendar la vacuna contra la varicela y la fiebre amarilla.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda la vacunación contra la influenza estacional con virus inactivos durante la gestación.
A	Se recomienda que para garantizar la protección contra el tétanos materno y neonatal, las mujeres embarazadas que nunca han sido vacunadas contra el tétanos o se desconoce su esquema de vacunación, reciban tres dosis de Toxoide tetánico (Td) con el esquema: una dosis inicial, otra a las 4 semanas y la tercera 6 a 12 meses después de la dosis inicial.
D	Después de la semana 20 se recomienda sustituir una dosis de Td por una dosis de Toxoide y *Bordetella pertussis* (Tdap) para prevenir la infección por este agente en los niños menores de 3 meses.
D	No se recomienda que las mujeres embarazadas sean vacunadas contra la hepatitis B para prevenir la infección en el recién nacido.
D	Dado que los efectos adversos de los virus vivos atenuados no han sido suficientemente estudiados, no se recomienda que las mujeres embarazadas sean vacunadas contra la varicela.
D	La seguridad de la vacunación contra la fiebre amarilla durante el embarazo no ha sido bien establecida. Se recomienda administrar la vacuna sólo si se va a viajar a áreas endémicas.

18. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS RECOMENDADAS PARA DETERMINAR EL CRECIMIENTO FETAL DURANTE EL CONTROL PRENATAL?

La monitorización del crecimiento fetal es fundamental durante el control prenatal con el fin de detectar alteraciones como restricción del crecimiento y macrosomía, las cuales se asocian con un aumento en la mortalidad perinatal. Tradicionalmente se ha empleado para esta monitorización la altura uterina, la biometría por ecografía y el Doppler feto-placentario.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Altura Uterina

Cinco estudios de cohortes prospectivas y uno de cohorte retrospectiva que incluyeron entre 250 y 2.919 mujeres embarazadas, evaluaron la relación de la altura uterina medida desde la semana 20 de gestación y el peso al nacer menor al percentil 10. Los resultados de los estudios incluidos son contradictorios para la predicción de recién nacidos pequeños para la edad gestacional y muestran valores de LR^+ desde 2,22 hasta 12,42 y LR^- desde 0,83 hasta 0,21 (160-165).	II
Un estudio de cohorte que incluyó 100 gestantes evaluó la eficacia de la altura uterina y la biometría fetal por ecografía para predecir recién nacidos grandes y pequeños para la edad gestacional. Respecto a la detección de recién nacidos con bajo peso al nacer, la altura uterina obtuvo sensibilidad de 71,4%, especificidad de 85% y un VPP de 50%. Por su parte, la biometría por ecografía obtuvo sensibilidad de 85,7%, especificidad de 95,4% y un VPP de 66,7%. En la detección de recién nacidos grandes para la edad gestacional, la altura uterina obtuvo sensibilidad de 33,3%, especificidad de 85% y un VPP de 31,3%, mientras que la biometría por ecografía obtuvo una sensibilidad de 66,7%, una especificidad de 95,4% y un VPP de 75% (165).	III
Una revisión sistemática que incluyó un ECC con 1.639 mujeres evaluó la utilidad de	

la altura uterina para detectar recién nacidos con bajo peso al nacer. Se encontró que la medición rutinaria de la altura uterina no detecta adecuadamente los recién nacidos con bajo peso al nacer (OR= 1,34; IC 95%= 0,91-1,98) (166). | 1+

Biometría Fetal

Cuatro estudios de cohorte prospectiva y uno de cohorte retrospectivo que incluyeron entre 249 y 3.616 mujeres, evaluaron la precisión diagnóstica de una única medición de la circunferencia abdominal (AC) en el tercer trimestre, para predecir peso al nacer menor al percentil 10 para la edad gestacional. Se encontró que la sensibilidad osciló entre 48% a 87%, mientras que la especificidad varió de 69% a 96%; el LR^+ fue 6,25 (IC 95%= 5,60-6,97) y el LR^- de 0,55 (IC 95%= 0,52-0,58) (165, 167-172). | II

Dos estudios de cohorte prospectiva y uno de cohorte retrospectiva que incluyeron 595, 100 y 302 pacientes, respectivamente, evaluaron la eficacia del peso fetal por ecografía para detectar recién nacidos grandes para la edad gestacional (peso al nacer mayor al Percentil 90). Dos estudios que calcularon el peso fetal por la fórmula de Shepard encontraron una sensibilidad de 48%-74% y especificidad de 94%. El LR^+ fue 12.87 (IC 95%= 8,22-20,15) y 8,09 (IC 95%= 4,32-15,14), mientras que el LR^- fue 0.28 (IC 95%=: 0,18-0,45) y 0,55 (IC 95%= 0,42-0,73), respectivamente. El tercer estudio evaluó la medida de la circunferencia abdominal y encontró un LR positivo y negativo de 5.01 (IC 95%= 3,12-8,07) y 0,51 (IC 95%= 0,37-0,70), respectivamente (165, 171, 172). | III

Una revisión sistemática que incluyó 63 estudios de pruebas diagnósticas con 19.117 mujeres, evaluó el peso fetal estimado por ecografía (PFE) y la circunferencia abdominal (CA) en la predicción de la macrosomía fetal. Se encontró que el área bajo la curva ROC para el PFE por ecografía es similar al área bajo la curva de la CA fetal (0,87 vs. 0,85; P= 0.91). En la predicción del peso fetal mayor a 4.000 g usando el método de Hadlock, se encontró un LR^+ de 5.7 (IC 95%= 4.3-7.6) y un LR^- de 0.48 | 2++

(IC 95%= 0.38-0.60). Para una CA fetal de 36 centímetros, se estimaron LR^+ y LR^- de 6,9 y 0,37, respectivamente. Los autores concluyeron que no existe diferencia en la exactitud entre el PFE y la CA ecográficos en la predicción de un recién nacido macrosómico. Un resultado positivo es más preciso para confirmar la macrosomía mientras que un resultado negativo no la descarta (173).	
Un estudio de cohorte que incluyó 122 gestantes, comparó el PFE por ecografía hasta siete días antes del parto con el peso del recién nacido para detectar recién nacidos pequeños para la edad gestacional (menor a percentil 10) o recién nacidos grandes para la edad gestacional (mayor a percentil 90). Se encontró una elevada correlación entre el PFE y el PN (R=0,96) con una diferencia de entre -474 g y +480 g. El PFE por ecografía obtuvo una sensibilidad de 85,7% y especificidad de 100% para detección de recién nacidos pequeños para la edad gestacional, así como una sensibilidad de 100% y especificidad de 77,2%, para detectar recién nacidos grandes para la edad gestacional (174).	2+
Un estudio de cohorte que incluyó 185 gestantes no diabéticas con embarazo simple en la semana 35 de gestación, comparó la altura uterina y el PFE por ecografía en relación con el peso al nacer. Se encontró una sensibilidad de 20% y una especificidad de 6% para la altura uterina en la detección de alteraciones del crecimiento fetal. Para el PFE por ecografía se encontró una sensibilidad de 40% en la detección de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (175).	2-
Un estudio multicéntrico analizó de manera independiente 7.138 mujeres con embarazos de curso normal que se sometieron a mediciones de la altura uterina hasta 8 días antes del parto (población A) y un grupo de 1.689 mujeres con medición de la altura uterina y ecografía fetal hasta 8 días antes del parto (población B), con el fin de comparar el valor diagnóstico de la altura uterina y la circunferencia abdominal fetal en la predicción de elevado y bajo peso al nacer entre las semanas 37 y 41 de gestación. La circunferencia abdominal por ecografía se correlacionó	2++

mejor que la altura uterina con el peso al nacer. Con una especificidad de 95%, la sensibilidad de la circunferencia abdominal en la detección de recién nacidos con peso ≤ 2,500 g fue mayor que la de la altura uterina (50,7% vs. 41,2%; P <0,05), así como para predecir peso al nacer ≥4000 g (54% vs. 37,1%; P < 0.05) (176). **Doppler de arteria umbilical:** Cinco estudios de cohorte que incluyeron 615, 2.097, 962, 400 y 565 gestantes, respectivamente, evaluaron el Doppler en el segundo y tercer trimestre para predecir recién nacidos con bajo peso al nacer. Se encontró una sensibilidad de 17% y 43% a la 26-31 semanas y 32-36 respectivamente, con una especificidad de 96%. En las 26-31 semanas, el LR^+ fue de 2,67 (IC 95%= 2,02-3,53) y el LR^- de 0,84 (IC 95%= 0,78-0,90). A las 32-36 semanas el LR^+ fue 3,34 (IC 95%= 2,27-4,93) y el LR^- fue 0,85 (IC 95%= 0,79-0,92) (169, 177-180).	Ib

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia disponible indica que la palpación abdominal y la medición de la altura uterina tienen valor limitado en la predicción de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. La medición ecográfica de la circunferencia abdominal fetal y el cálculo del peso fetal por el método de Hadlock predicen con más exactitud el peso al nacer y sus alteraciones, macrosomía y bajo peso al nacer. El GDG subrayó la importancia de la medición de la altura uterina en combinación con la biometría fetal por ecografía para definir alteraciones del crecimiento fetal cuando hay indicación clínica. La evidencia también señala que el Doppler de la arteria umbilical a finales del segundo trimestre o en el tercer trimestre (26-31 semanas y en las semanas 32-36) tiene un valor diagnóstico limitado en la predicción de recién nacido pequeño para la edad gestacional en gestantes con embarazos de curso normal.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda la medición rutinaria de la altura uterina en todas las consultas de control prenatal, preferiblemente por el mismo profesional de la salud para disminuir la variación interobservador. Después de la semana 24 se recomienda su registro en una gráfica de progresión.
B	Se recomienda el uso de la ecografía obstétrica cuando la altura uterina es menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.
B	Se recomienda que para calcular el peso fetal por ecografía se utilice la formula de Hadlock 4 incluida en el software de los equipos de ultrasonido.
A	No se recomienda el Doppler de arterias umbilicales para la detección de alteraciones del crecimiento fetal en embarazo de curso normal.

19. ¿ESTÁ RECOMENDADA LA ECOGRAFÍA DURANTE EL EMBARAZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ALTERACIONES FETO-PLACENTARIAS?

La ecografía es un método preciso para determinar la edad gestacional, el número de fetos, la viabilidad y la localización placentaria, entre otros. Un examen ecográfico en el segundo o tercer trimestre incluye la evaluación de la anatomía fetal, la localización de la placenta, la biometría fetal para evaluación del crecimiento fetal, el número de fetos, el volumen de líquido amniótico y la presentación fetal. Igualmente se puede utilizar para evaluar la circulación feto-placentaria y uterina en la evaluación complementaria de posibles alteraciones del embarazo. También se puede utilizar para determinar con mayor exactitud la edad gestacional, garantizar un adecuado manejo del embarazo y disminuir la necesidad de inducción por embarazos prolongados.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Valor diagnóstico de la ecografía de rutina en el primer trimestre para detectar anomalías fetales estructurales

Una revisión sistemática con 11 estudios (un ECC y 10 estudios de cohorte) que incluyó 96.633 recién nacidos, junto a cuatro estudios de corte transversal con 6.443, 597, 2.708 y 3.478 mujeres, evaluaron la eficacia de la ecografía transabdominal o transvaginal a la semana 11-14 para detectar anomalías estructurales fetales. Se encontró que la incidencia de fetos anormales fue 1,4%, la	II,3

sensibilidad estimada fue 59% (IC 95%= 46,5%-72,4%) y la especificidad fue de 99,9%. Los LR $^{+}$ y LR $^{-}$ fueron 624,5 y 0,41. Cuando las exploraciones de primer y segundo trimestre se combinaron, la sensibilidad aumentó a 81% (IC 95%= 67,7%-89,2%) (181-185).

Una revisión sistemática que incluyó cinco estudios de corte transversal con 60.901 y dos estudios de corte transversal adicionales con 5.319 y 29.460 gestantes, evaluaron las características operativas de la ecocardiografía fetal en una población de bajo riesgo o no seleccionada para detectar anomalías cardíacas mayores. La sensibilidad global para detección de anomalías cardiacas varió entre 4,5% a 86,1% y la especificidad fue 99,9% (186-188). III

Determinación de la edad gestacional

Un ECC que incluyó 648 gestantes junto con un estudio de cohorte con 657 gestantes, evaluaron la eficacia de la ecografía tomada en la primera consulta de control prenatal. Se encontró que la fecha probable de parto se debe calcular desde la fecha de última menstruación (FUM) + 282 días. Sin embargo, los autores señalan que la FUM está influenciada y sujeta a errores relacionados con la edad, la paridad, el índice de masa corporal y el tabaquismo de la gestante (189, 190). I, II

Dos estudios de cohorte con 17.221 y 171 participantes encontraron que el ultrasonido en el primer trimestre es mejor que la fecha de la última menstruación para el cálculo de la edad gestacional y reduce significativamente las tasas de embarazo prolongado de 10.3% a 2.7% ($P < 0.001$). La medida de longitud cráneo caudal (LCC) fetal debe ser utilizada en el primer trimestre para la estimación de la edad gestacional (191, 192). II

Dos estudios de cohorte con 14.805 y 476.034 mujeres concluyeron que en el segundo trimestre una LCC mayor de 84 mm no es fiable, siendo necesario utilizar

la medida de la circunferencia cefálica para establecer la edad gestacional. En un estudio similar realizado en el Reino Unido se encontró una alta especificidad y LR^+, pero una sensibilidad y LR^- moderados (193, 194). II

Un estudio de cohorte con 28 mujeres junto a un estudio poblacional con 4.257 recomiendan que a las mujeres embarazadas se les debe ofrecer una ecografía entre las 10 semanas+6 días y 13 semanas+6 días para determinar la edad gestacional y detectar los embarazos múltiples (195, 196). La medida de LCC (84.6%) en la ecografía de la semana 10 a 12 y el diámetro biparietal (DBP) (89.4%) en ecografías de semana 12 a 18, fueron los indicadores que estimaron con mayor precisión la edad gestacional comparado con la fecha de la última menstruación (p<0,001). II

Un ECC con 4.997 junto a una revisión sistemática de nueve ECC y 34.251 mujeres, encontraron que una ecografía rutinaria para la evaluación de la edad gestacional reduce significativamente la incidencia del embarazo prolongado (OR=0,61; IC 95%= 0,52-0,72) (197, 198). 1+

Ecografía de rutina versus ecografía selectiva antes de las 24 semanas

Una revisión sistemática que incluyó ocho ECC y un estudio cuasi-experimental con 34.251 mujeres, analizó la eficacia de la ecografía de rutina en el embarazo temprano (antes de las 24 semanas), en comparación con la ecografía selectiva. El tamizaje de rutina con ultrasonido para anomalías fetales mostró un aumento en la interrupción del embarazo por anomalía fetal (OR= 3.19; IC 95%= 1,54-6,60) y una reducción en el número de embarazos gemelares no diagnosticados (a las 20 semanas: OR= 0,12; IC 95%= 0,03-0,56. A las 26 semanas: OR=0,08; IC 95%= 0,04-0,16) y el número de inducciones por embarazo postérmino (OR= 0,61; IC 95%= 0,52-0,72) en comparación con la ecografía selectiva. También se encontró un efecto de la ecografía de rutina en la reducción del número de recién nacidos ingresados a la UCI neonatal (OR= 0,86; IC 95%= 0,74-1,00) en comparación con la 1+

ecografía selectiva (197).

Comparación entre la ecografía de I y II trimestre para anomalías estructurales

Un ECC que incluyó 39.572 mujeres comparó la tasa de detección prenatal de malformaciones en los fetos cromosómicamente normales derivada de la ecografía de rutina a las 12 semanas, incluyendo la medición de la translucencia nucal vs. una ecografía de rutina a las 18 semanas. La sensibilidad de la detección de fetos con una malformación mayor fue 38% (66/176) en la semana 12, mientras que a las 18 semanas fue 47% (p = 0,06). El 69% de los fetos con una anomalía letal fueron detectados en una exploración a las 12-14 semanas. La sensibilidad para la detección de fetos con una malformación cardíaca importante fue 11% en el grupo de exploración a la semana 12, mientras que para el grupo a las 18 semanas fue 15% (p = 0,60) (199, 200). 1+

Una revisión sistemática de 11 ECC con 37.505 mujeres evaluó el ultrasonido rutinario antes de la semana 24 en comparación con la ecografía selectiva por indicación específica. Se encontró que una ecografía tomada antes de la semana 24 redujo la probabilidad de no identificar embarazos múltiples (RR= 0.07; IC 95%= 0,03-0,17). También se encontró que la ecografía rutinaria redujo la inducción del trabajo de parto en embarazos post-término, ya que se detectó con más exactitud la edad gestacional (RR= 0.59; IC 95%= 0.42-0.83). No hubo evidencia de una diferencia significativa entre los dos grupos con respecto a la mortalidad perinatal (RR= 0.89; IC 95%= 0,70-1,12). La ecografía rutinaria no se asoció con la reducción de eventos adversos ni en la madre ni en el feto. El seguimiento a largo plazo no mostró ningún efecto dañino en el desarrollo físico o cognoscitivo de los fetos expuestos a ultrasonido in útero (201). 1+

Una revisión sistemática de diez estudios de cohorte con 1.243 mujeres de edad gestacional menor a 14 semanas, evaluó la capacidad de la ecografía transvaginal o transabdominal tomada entre la semana 11 a 13+6 para evaluar la anatomía 2+

cardiaca fetal. El patrón de oro fue la confirmación de cardiopatía en el segundo o tercer trimestre o en la ecocardiografía postnatal o post mortem. Como resultado la ecografía transabdominal obtuvo mayor sensibilidad que la transvaginal (96% vs. 62%; P < 0.01). La sensibilidad y especificidad combinada con los dos métodos fue 85% (IC 95%= 78–90%) y 99% (IC 95%= 98–100%), respectivamente. En el análisis de cinco estudios con alta calidad metodológica se encontró una sensibilidad de 70% (IC 95%= 55–83%) y especificidad de 99% (IC 95%= 98–100%). Cuatro estudios realizados antes del año 2.000 obtuvieron una sensibilidad de 56% (IC95%= 35–75%) comparados con la sensibilidad encontrada en cuatro estudios adicionales realizados después del año 2.000 (92%; IC 95%= 85–96%). La especificidad en estos dos periodos fue similar (99%; IC 95%= 98–100%). El LR^+ para detección de anomalías cardiacas mayores fue 59.6 (IC 95%= 26.5–133.6) y el LR^- fue 0.25 (IC 95%= 0.1–0.6). En poblaciones de bajo riesgo, la probabilidad postest con una prueba positiva es cerca del 38% y la probabilidad postest con una prueba negativa es <0,2% (202).

Un estudio multicéntrico de cohorte incluyó 34.266 gestantes con embarazo simple sin alteraciones cromosómicas, a las cuales se les realizó medición de la translucencia nucal entre la semanas 10+3/7 a 13+6/7 con análisis en diferentes puntos de corte (2 o más múltiplos de la mediana (MoM), 2,5 o más MoM, 3,0 MoM) en comparación con la cardiopatía documentada en los registros de pediatría o de patología. Se detectaron 224 casos de anomalías cardiacas, de las cuales 23.2% fueron cardiopatías mayores. La incidencia de cardiopatía mayor se incrementó a medida que aumentó la translucencia nucal: 14,1 x 1.000, 33,5 x 1.000 y 49,5 x 1000 a 2,0 o más MoM, 2,5 o más MoM, y 3,0 o más MoM puntos de corte, respectivamente. La sensibilidad, especificidad y VPP fueron 15,4%, 98,4%, 1,4% y 99,9% para los puntos de corte de 2.0 o más MoM; 13,5%, 99,4%, y 3,3% en 2,5 o más MoM; y 9,6%, 99,7%, y 5,0% a 3,0 o más MoM, respectivamente (203). 1+

Una revisión sistemática de 27 estudios de cohorte, 21 en población de bajo riesgo y seis en población de alto riesgo, evaluó la exactitud diagnóstica del ultrasonido tomado en la semana 18 – 20 para detectar hendiduras orofaciales en gestantes de bajo y alto riesgo. En los estudios de cohorte retrospectiva, la capacidad de detección de la ecografía 2D varió desde 0% a 70% para todos los tipos de hendidura orofacial, 33% a 88% para labio + paladar hendido y 0% a 22% para paladar hendido. En los estudios de cohorte prospectivo, la tasa de detección varió de 9% a 73% para todos los tipos de hendidura, 9% a 100% para labio+paladar y 0% a 7% para paladar hendido. Se encontró una amplia variación del momento de la realización del ultrasonido y por ende una considerable variación en la exactitud diagnóstica del ultrasonido 2D en población de bajo riesgo, con porcentajes de detección entre 9% a 100% para labio hendido, con o sin compromiso de paladar, entre 0% a 22% para solo labio hendido y entre 0% a 73% para todos los tipos (204). | 2++

Ecografía en el tercer trimestre

Una revisión sistemática de ocho ECC incluyó 27.024 mujeres con embarazo de bajo riesgo mayor a 24 semanas, a quienes se les realizó ecografía rutinaria tomada después de la semana 24 de gestación y se comparó con no realizar ecografía o ecografía selectiva por indicación clínica. No se encontraron diferencias en los resultados prenatales, obstétricos ni en la morbilidad neonatal en los grupos. En el grupo intervención se encontró un aumento leve pero no significativo en el porcentaje de cesárea (RR= 1,06; IC 95%= 1,00–1,13). El grupo intervención presentó menor número de partos postérmino (posteriores a la semana 42 de gestación: RR= 0,69; IC 95%= 0,59 – 0,81). El porcentaje de parto pretérmino (RR= 0,96; IC 95%= 0,85-1,08) y bajo peso al nacer (RR=0,92; IC 95%= 0,71-1,18) fueron similares en los dos grupos. No hubo diferencia en los recién nacido pequeños para la edad gestacional (RR= 0,98; IC 95%= 0,74 – 1,28). La mortalidad perinatal excluyendo las malformaciones fetales fue similar en ambos grupos (RR= 0,88; IC | 1+

95%= 0,36- 2,17), pero uno de los estudios incluidos sugiere que cuando se adiciona la evaluación del grado de madurez placentaria dentro del estudio ecográfico rutinario en el tercer trimestre, se redujo la muerte in útero (RR= 0,05; IC 95%= 0,00–0,90). Un estudio incluido mostró que la tasa de detección de anomalías fetales de la ecografía después de la semana 24 es pobre (35%). No hubo diferencias en la admisión a UCI neonatal (RR=0,95; IC 95%= 0,79- 1,14) (205).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El ultrasonido tomado al comienzo del embarazo mejora la detección de embarazos múltiples y es más preciso para determinar la edad gestacional, lo cual resulta en menos inducciones postérmino. Los beneficios de una ecografía obstétrica temprana incluyen una mejor evaluación de la edad gestacional, la detección precoz de embarazos múltiples, así como la detección de malformaciones fetales clínicamente no sospechadas (una ecografía positiva en el primer trimestre diagnostica la cardiopatía con una alta precisión; cuando es negativa, la descarta con una precisión razonable). Por otra parte, la translucencia nucal por ecografía se debe utilizar como una herramienta complementaria para la detección de defectos congénitos del corazón, de tal forma que permita mejorar el diagnóstico prenatal de una de las anomalías congénitas más frecuentes en las gestantes (una medición de la translucencia nucal de 2,5 MoM o más en un feto sin aneuploidía es indicación para realizar ecocardiografía fetal).

Evidencia de buena calidad permite afirmar que la edad gestacional debe calcularse con la FUM o con una ecografía tomada entre la semana 10+6 días a 13+6 días, tomando como referencia la longitud cefalocaudal o la circunferencia cefálica. Basado en la evidencia existente, la ecografía rutinaria en el tercer trimestre en gestantes con embarazos de curso normal no confiere ningún beneficio ni a la madre ni al feto. Por el contrario, se asocia con un incremento ligero en el índice de cesáreas. No hay datos del efecto psicológico de estas pruebas en las gestantes.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A (↑)	Se recomienda realizar una ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días con el fin de: (1) Mejorar la evaluación de la edad gestacional utilizando la longitud céfalo-caudal fetal. (2) Detectar precozmente los embarazos múltiples. (3) Detectar algunas malformaciones fetales mediante la translucencia nucal, la cual debe ser medida por profesionales con entrenamiento y certificación.
√	Se recomienda que las gestantes con antecedentes de embarazo ectópico, recanalización de trompas de Falopio, dispositivo intrauterino (DIU) in situ o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se les realice una ecografía transvaginal tempranamente para confirmar la localización del embarazo y ayudar a clasificar el riesgo.
A (↑)	Se recomienda realizar rutinariamente una ecografía de detalle, por profesionales con entrenamiento y certificación, entre la semana 18 y semana 23+6 días para la detección de anomalías estructurales.
B	Se recomienda que las mujeres sean informadas de las limitaciones de la ecografía de rutina, con énfasis en las variaciones en las tasas de detección según el tipo de anomalía fetal, el índice de masa corporal de la mujer y la posición del feto en el momento de la exploración.
B (↑)	No se recomienda la ecografía rutinaria después de la semana 24 de gestación en gestantes de embarazos de curso normal, pues no hay evidencia que la ecografía de rutina en el tercer trimestre de la gestación mejore los resultados perinatales y puede por el contrario aumentar el número de cesáreas no indicadas.

20. ¿CUÁLES PRUEBAS Y EN QUÉ MOMENTO SE DEBEN UTILIZAR PARA MONITOREAR EL BIENESTAR FETAL DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE EMBARAZOS DE CURSO NORMAL?

La vigilancia del bienestar fetal durante el control prenatal busca establecer el estado de oxigenación y la vitalidad fetal con el fin de disminuir las tasas de mortalidad perinatal, así como evitar intervenciones obstétricas innecesarias. La vigilancia se basa en una variedad de pruebas como el control rutinario de movimientos fetales, la monitoría fetal, el perfil biofísico y el Doppler feto-placentario.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Palpación abdominal para la presentación fetal:

Un estudio de cohorte que utilizó las maniobras de Leopold para evaluar la presentación y el encajamiento fetal, encontró que el 53% de todas las presentaciones anormales fueron detectadas, así como una clara correlación	III, 3

entre los años de experiencia clínica del médico que realizaba las maniobras y un mejor resultado. Este hallazgo fue apoyado por un segundo estudio que analizó específicamente la detección de la presentación de nalgas. La sensibilidad y especificidad de las maniobras de Leopold fue estimada en 28% y 94%, respectivamente. Por otra parte, un estudio descriptivo reportó que a las mujeres embarazadas les incomoda que se les practique las maniobras de Leopold, ya que les resulta poco informativo y no las tranquiliza (206-208).

El conteo rutinario de los movimientos fetales:

Acorde con la baja prevalencia de compromiso fetal y con la especificidad estimada de 90% a 95%, el valor predictivo positivo de la percepción materna de movimientos fetales reducidos para compromiso fetal es bajo, oscilando entre 2% al 7% (34). | Ib

Un ECC que incluyó 68.000 mujeres evaluó la capacidad de "contar hasta diez" los movimientos fetales para reducir la prevalencia de muerte fetal antenatal, comparándolo con la atención estándar durante el control prenatal. Se encontró que no hubo una disminución de la mortalidad perinatal en el grupo de intervención y por el contrario, esta conducta tendría que ser utilizada en cerca de 1.250 mujeres para evitar una muerte fetal (209). | 1+

Una revisión sistemática incluyó cuatro ECC con 71.370 mujeres y un ensayo aleatorio grupal con 68.654 gestantes. Se compararon diferentes métodos de conteo de movimientos fetales (conteo rutinario, selectivo o no conteo) durante el control prenatal en relación con el resultado del embarazo. En un estudio se comparó el conteo formal de 10 movimientos fetales una vez al día (método Cardiff) vs. el conteo formal de movimientos fetales 30 minutos después de las comidas y al acostarse (método Sadovsky). No se encontraron diferencias significativas en el cumplimiento del conteo de movimientos en los dos grupos (RR= 0,92; IC 95%= 0,56-1,51). Las mujeres en el grupo de Sadovsky | 1+

reportaron mayor angustia que el grupo de Cardiff (RR= 0, 11; IC 95%= 0,01-2,05). En un segundo estudio se comparó el conteo formal por método de Cardiff vs. monitorización electrónica sin instrucción a la paciente. Se encontró un incremento del número de admisiones en el hospital para el grupo de conteo comparado con el grupo control (DM= 9,00; IC 95%= 3,61–21,61). Asimismo, se encontró una tendencia al aumento del uso de otras pruebas de bienestar fetal en el grupo de conteo y más mujeres tuvieron cardiotocografía (CTG) en grupo donde el conteo fue selectivo (DM= 20,00; IC 95%= -7,72 a 47,72). En un tercer estudio se comparó el método Cardiff vs. no realizar conteo de movimientos, encontrándose un mayor número de ingresos hospitalarios en el grupo que fue instruido a contar movimientos que en el grupo control (DM= 9,00; IC 95%= -3,61 a 21,61), así como más mujeres del grupo instruido a contar movimientos solicitaron monitoría fetal (DM= 20,00; IC 95%= 7,72 a 47,72). No hubo diferencia en los dos grupos con respecto a muerte fetal in útero (DM=0,23; IC 95%= -0,61 a 1,07) (210).

Auscultación de frecuencia cardiaca fetal

La auscultación del corazón fetal es un componente de la exploración abdominal y forma parte de un examen prenatal estándar, escuchar el corazón del feto confirma que el feto está vivo pero no parece tener ningún otro valor clínico o predictivo (211, 212).

3

Existe la percepción entre los médicos y parteras que la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal es agradable y tranquilizador para las mujeres embarazadas y por lo tanto, vale la pena. Esto no se basa en la evidencia y no parece ser una suposición correcta. Las investigaciones realizadas sobre las actitudes de las mujeres hacia auscultación en comparación con el monitoreo electrónico fetal durante el parto reveló que muchas mujeres encontraban que

la presión abdominal ejercida durante la auscultación les resultó incómoda (213).

Cardiotocografía (CTG)

Una revisión sistemática de cuatro ECC con 1.588 gestantes evaluó los efectos de la monitorización con CTG prenatal sobre la morbilidad perinatal y la morbimortalidad materna. Se encontró que la CTG antenatal no obtuvo ningún efecto sobre la mortalidad perinatal (OR= 2,85; IC 95%= 0,99–7,12). Asimismo, no hubo aumento en la incidencia de intervenciones como la cesárea electiva (OR= 1,01; IC 95%= 0,68-1,51) o la inducción del parto (OR= 1,09; IC 95%= 0,85-1,40), pero se encontró una disminución de las admisiones hospitalarias (OR= 0,37; IC 95%= 0,17-0,83) (214). 1+

Una revisión que incluye una revisión sistemática con 1.279 gestantes, un ECC con 300 pacientes, dos estudios de cohorte con 6.168 y 561 gestantes y una serie de casos con 746 gestantes, evaluaron el impacto de la monitorización fetal sobre diferentes desenlaces obstétricos. Se encontró una tendencia al aumento de la mortalidad perinatal en el grupo de cardiotocografia rutinaria, comparado con los controles que no recibieron monitorización o en los que la CTG fue realizada por indicación clínica (OR = 2,85; IC 95%= 0,99 –7,12). Uno de los estudios incluidos comparó el impacto de la monitoría sin estrés con la monitoría con estrés, encontrando un aumento en la mortalidad anteparto en el grupo que recibió monitoría sin estrés (3,2/1000 vs. 0,4/1000). Cuando es usada experimentalmente como una prueba primaria de vigilancia fetal, el uso de CTG se asoció con una menor frecuencia de muerte fetal anteparto, lo cual sugiere que puede ser útil en embarazos de alto riesgo, incluyendo aquellos con hipertensión, diabetes o RCIU (215). 1+

1+

Evaluación ecográfica en el tercer trimestre:

Una revisión sistemática que incluyó cinco ECC y 14.388 mujeres embarazadas, comparó el uso del ultrasonido de rutina después de 24 semanas vs. no realizar ultrasonido o realizarlo de forma selectiva. No se encontraron diferencias en partos prematuros (OR=1,09; IC 95%= 0,89-1,33), la mortalidad perinatal (OR=1,10; IC 95%= 0,59-2,07),el peso al nacer (DM= -27.000; IC 95%= -74.235 a 20.235), en la cesárea de urgencia (OR= 0,80; IC 95%= 0,62-1,05) y el apgar < 5 a los 7 minutos (OR= 0,76; IC 95%= 0,46- 1,27)(216).

Doppler

Una revisión sistemática que incluyó dos ECC y 4.993 gestantes, evaluó la capacidad del Doppler en segundo trimestre en mujeres con alto y bajo riesgo para predecir complicaciones del embarazo. No encontraron diferencias a corto plazo en términos de muerte perinatal (RR=1,61; IC 95%= 0,48-5,39), trastornos hipertensivos (RR=1,08; IC 95%= 0,87- 1,33), muerte fetal in útero (RR=1,44; IC 95%= 0,38- 5,49), restricción de crecimiento intrauterino (RR=0,98; IC 95%= 0,64- 1,50) ni Apgar < 7 a los 5 min (RR=1,08; IC 95%= 0,48-2,45). Ambos estudios incluyeron mujeres de bajo riesgo para trastorno hipertensivos con ultrasonido Doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre del embarazo) (217). 1+

Una revisión sistemática de 74 ECC, cohortes y casos y controles de preeclampsia, los cuales incluyeron 79.547 pacientes, junto a 61 ECC y cohortes de RCIU con 41.131 pacientes, evaluó las características operativas del Doppler de arteria uterina en el primer y segundo trimestre para predecir preeclampsia y RCIU. Se encontró que en pacientes con embarazos de curso normal, el incremento en el índice de pulsatilidad con *notching* diastólico de arteria uterina predijo un mayor número de RCIU cuando se realizó en el segundo II

trimestre (sens=12%; esp= 99%; LR^+= 9,1; LR^-= 0,89). El RCIU severo fue diagnosticado de manera más adecuada con el aumento en el índice de pulsatilidad en el segundo trimestre (sens=67%, esp=95%, LR^+=13,7; LR^-=0,34) y con el incremento en el índice de pulsatilidad con *notching* diastólico (sens= 23%; esp= 98%; LR^+= 14,6; LR^-= 0,78). Cuando se analizaron sólo los estudios de alta calidad, se encontró que el Doppler obtuvo un valor predictivo bajo o moderado para RCIU (218).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evaluación rutinaria de la presentación mediante la palpación abdominal no se debe realizar antes de la semana 36, ya que no siempre es exacta y puede ser incómodo para la gestante. Asimismo, no hay suficiente evidencia para recomendar el conteo formal de movimientos fetales durante el control prenatal para disminuir las tasas de mortalidad perinatal. El Doppler de arteria uterina en el segundo trimestre resulta mejor predictor para preeclampsia que para RCIU, pero la evidencia no soporta su uso en gestantes de embarazos de curso normal. Finalmente, no hay evidencia de buena calidad que soporte el uso de la monitoría fetal para vigilancia anteparto. La correlación entre trazados de monitora sin estrés no reactiva y resultados perinatales adversos se basa sólo en estudios observacionales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	No se recomienda que el personal de salud instruya, a la gestante con embarazo de curso normal, monitorizar los movimientos fetales de rutina utilizando límites de alarma específicos, ya que esto no mejora los resultados perinatales y se asocia con un incremento de la ansiedad materna.
C	Si la gestante percibe que el patrón de movimientos fetales ha disminuido después de la semana 28 de gestación, se recomienda instruirla en guardar reposo en decúbito lateral y concentrarse en los movimientos fetales por 2 horas; si no percibe 10 o más movimientos discretos en este periodo de tiempo, la gestante debe contactar inmediatamente al servicio de salud.
B	No se recomienda el uso rutinario de la monitoría fetal sin estrés en pacientes con embarazo de curso normal, pues no se ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
B	No se recomienda el uso rutinario del Doppler de arteria umbilical sólo o en combinación con el Doppler de arteria uterina en gestantes con embarazo de curso normal, pues no se

	ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
C	No se recomienda el uso rutinario del Perfil Biofísico Fetal (PFB) en pacientes con embarazo de curso normal, pues no se ha demostrado ningún beneficio materno o fetal asociado.

21. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES GENERALES PARA LAS GESTANTES CUANDO VIAJAN EN AVIÓN O EN AUTOMÓVIL?

Habitualmente las mujeres necesitan viajar en avión, en automóvil y aún en medios de transporte como lanchas. Los riesgos de viajar en la gestación no son claros. La literatura informa que es seguro en momentos determinados de la gestación y tomando algunas medidas de protección que minimicen los efectos sobre la madre y el feto.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Viaje en automóvil durante el embarazo

Un ECC con 171 participantes evaluó el impacto de ofrecer educación a las mujeres embarazadas sobre el uso del cinturón de seguridad. Se encontró que cuando se dió educación con mínima intervención, el uso de cinturón aumentó de 19,4% al 28,6% (IC 95%= –3,1 a 21,5); cuando se ofreció educación más estructurada, el uso de cinturón de seguridad aumentó de 13,5 a 24,2% (IC 95%= 0,3 a 21,1); cuando no se dió educación el uso de cinturón de seguridad sólo aumentó del 16,9% a 17,9% (IC 95%= –10,3 a 12,3) (219).	2+
Un estudio retrospectivo basado en el reporte de 43 casos de mujeres embarazadas involucradas en accidentes de tráfico, analizó el impacto del uso adecuado del cinturón de seguridad sobre resultados adversos en el embarazo incluyendo la pérdida fetal. Se encontró que en accidentes menores hubo más eventos adversos fetales (33% frente al 11%); en accidentes moderados se encontró una frecuencia de 100% frente al 30%, y en accidentes graves los eventos adversos se presentaron en los dos grupos en el 100% de los casos (220).	3

Un estudio de cohorte retrospectivo con 208 mujeres gestantes evaluó el impacto del uso del cinturón de seguridad sobre la mortalidad materna y fetal. En casos de accidentes rurales encontró que la mortalidad materna fue 3,6% entre las que llevaban cinturón de seguridad, en comparación con el 7,8% entre las que no llevaba cinturón. El total de lesiones, incluyendo la muerte, fue del 10,7% entre las mujeres que usaron cinturón de seguridad en comparación con el 21,1% en las que no lo llevaban. La mortalidad fetal fue del 16,7% entre las mujeres que utilizaron cinturón de seguridad en comparación con el 14,4% entre las mujeres que no usaron el cinturón de seguridad (221). 2+

Un estudio de intervención no aleatorizado con 22 mandriles, comparó el uso de cinturones de tres puntos con cinturones de seguridad normales, encontrando un porcentaje de mortalidad fetal del 8,3% en los mandriles en los que se usó cinturones de tres puntos, en comparación con 50% entre los mandriles que usaron cinturones de seguridad normales (222). 3

Un estudio de corte transversal que incluyó 2.592 participantes evaluó el impacto del uso del cinturón de seguridad sobre los resultados del embarazo en mujeres que conducían durante la gestación. Se encontró que las mujeres que no usaban cinturones de seguridad tuvieron mayor riesgo de tener un bebé con bajo peso (OR =1,9; IC 95%= 1,2-2,9), así como mayor probabilidad de inicio del parto dentro de las 48 horas después de un accidente de tránsito (OR= 2,3; IC 95%= 1,1-4,9). La muerte fetal estimada fue 0,5% en las mujeres que no usaban el cinturón de seguridad y 0,2% en las mujeres que usaban el cinturón de seguridad (223). 3

Viaje en avión durante el embarazo

El tromboembolismo venoso complica entre 0,13/1.000 a 1/1.000 de los embarazos, y se ha sugerido que este riesgo se aumenta en las mujeres embarazadas durante viajes por avión (224-226).

Un ECC con 231 mujeres que viajaron en vuelos comerciales evaluó el impacto del uso de medias elásticas por debajo de la rodilla en ambas piernas en comparación con los pasajeros que no las usaron. Se encontró un menor riesgo de trombosis venosa profunda en el grupo que usaban medias (OR= 0,07; IC 95%= 0-0,46) (227). | 1+

Otras medidas de precaución para todos los viajeros, incluidas las mujeres embarazadas, son los ejercicios isométricos de pantorrilla, caminar alrededor de la cabina del avión cuando sea posible, evitar la deshidratación y minimizar el consumo de alcohol y cafeína (228). | 4

Los vuelos comerciales son normalmente seguros para una mujer embarazada y su feto. Sin embargo, la mayoría de las aerolíneas restringen la aceptación de las mujeres embarazadas. En los embarazos simples sin complicaciones se permite volar largas distancias hasta la semana 36 de gestación con una carta de un médico o partera, en la que se confirma un embarazo de curso normal y la fecha probable del parto (229).

El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomienda que, en ausencia de complicaciones obstétricas o médicas, las mujeres embarazadas pueden observar las mismas precauciones para el transporte aéreo que la población general y volar de forma segura. Las mujeres embarazadas deben ser instruidas para utilizar continuamente el cinturón de seguridad mientras viajan, al igual que todos los viajeros aéreos. Las embarazadas pueden tomar precauciones para aliviar el malestar durante el vuelo y, aunque no hay pruebas contundentes, se deben tomar medidas preventivas para minimizar los riesgos de trombosis venosa, entre otras, usar medias de compresión mediana, deambulación frecuente, evitar la ropa apretada y mantener una hidratación adecuada. El consenso de expertos recomienda que el mejor momento para viajar es entre las 14 y 28 semanas de gestación ya que después de 28 semanas el riesgo puede aumentar (230). | 4

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia identificada, la cual es de de calidad moderada, muestra que los vuelos aéreos son normalmente seguros para una mujer embarazada y su feto, principalmente entre las semanas 14 y 28 y tomando algunas medidas que eviten la deshidratación y garanticen la movilidad corporal. Por otra parte, con base en evidencia de baja calidad, se concluye que viajar en automóvil durante el embarazo es seguro siempre y cuando se use adecuadamente el cinturón de seguridad.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda que las mujeres embarazadas sean informadas sobre el uso correcto del cinturón de seguridad en la gestación.
B	Aunque en la actualidad no es claro si hay o no un riesgo adicional, se recomienda informar a las mujeres embarazadas que los viajes aéreos de larga distancia podrían asociarse con un aumento de riesgo de trombosis venosa. El mejor momento para viajar es entre las semanas 14 y 28 de gestación, tomando algunas medidas que eviten la deshidratación y garanticen la movilidad corporal.
√	Se recomienda que el personal de salud informe a las gestantes los riesgos de viajar en automóvil o en avión y se tomen las decisiones en conjunto.

22. ¿QUÉ ACTIVIDAD LABORAL ESTA CONTRAINDICADA EN EL EMBARAZO?

Algunas actividades laborales que por su exposición a factores de riesgos como sustancias toxicas, radiaciones o aquellas actividades que implican estrés físico o emocional, se ven asociadas con eventos adversos en el embarazo.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Exposición a sustancias químicas

Algunos trabajadores están ocupacionalmente expuestos a sustancias potencialmente teratogénicas, tóxicas o ambientales. Dos estudios de corte retrospectivo y uno de casos y controles con 7.305, 886, y 1.108 mujeres, respectivamente, evaluaron el impacto de la exposición al tetracloroetileno usado en las lavanderías sobre desenlaces del embarazo como aborto y malformaciones fetales. Se encontró una mayor proporción de abortos en mujeres trabajadoras de

lavanderías en seco comparado con las que no han trabajado en lavanderías (OR= 1,67; IC 95%= 1,17–2,36). No se encontró un número mayor de casos de malformaciones fetales (seis casos en total) (231-233).

Aspectos físicos del trabajo

Una revisión sistemática de 29 estudios observacionales analizó datos de 160.988 mujeres que trabajaban durante el embarazo. Se encontró asociación entre el trabajo extenuante y la aparición de parto pretérmino (OR=1,22; IC 95%= 1,16-1,29), feto pequeño para la edad gestacional (OR=1,37; IC 95%= 1,30-1,44) y la incidencia de preeclampsia (OR=1,60; IC 95%= 1,30-1,96). Los trabajos que implican reposo prolongado se asociaron con el parto pretérmino (OR =1,26; IC 95%= 1,13-1,40). No se encontró asociación significativa entre largas horas de trabajo y el parto pretérmino (OR=1,03; IC 95%= 0,92-1,16) (234). 2+

Un estudio de corte retrospectivo con 1.064 mujeres realizado en Polonia, encontró una asociación de feto pequeño para la edad gestacional con trabajos extenuantes que implicaban alto esfuerzo físico (235). 2+

Una revisión sistemática que incluyó 49 estudios de cohorte y corte transversal, evaluó tres resultados adversos (parto pretérmino, bajo peso al nacer y hipertensión gestacional) en relación con trabajos que implicaran cualquiera de las siguientes situaciones: trabajar más de 40 horas a la semana, trabajo en turno nocturno, estar más de 3 horas/día de pie, levantar objetos de más de 12 Kg y trabajo físico pesado. Se encontró que trabajar 40 o más horas/semana, en turnos nocturnos o estar más de tres horas/día de pie tienen un efecto sobre parto pretérmino (RR=1,31; IC 95%= 1,16-1,47. RR= 1,20; IC 95%= 1,01-1,42 y RR=1,28; IC 95%= 1,11-1,47, respectivamente). Para el desenlace pequeño para la edad gestacional se estimó un OR igual a 1,59 (IC 95%= 1,14-2,22), RR=1,07 (IC 95%= 0,96- 1,1) y OR=2,0 (IC 95%= 0,7-5,4), para las mismas situaciones arriba descritas. Para la preeclampsia y la 2++

diabetes gestacional, no se pudieron extraer conclusiones (236).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La guía original NICE del 2.008 muestra que el trabajo durante el embarazo es seguro, pero debe prestarse atención especialmente a aquellos que tiene exposición a sustancias químicas, a aquellos trabajos que implican cansancio físico o extenuantes, trabajos que implican turno nocturno y los que requieren estar varias horas de pie en el día. Hallazgos similares se encontró el grupo desarrollador de la guía por lo que se retomaron las recomendaciones de la guía adaptada en esta sección.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda que las mujeres embarazadas sean informadas sobre el uso correcto del cinturón de seguridad en la gestación.
B	Aunque en la actualidad no es claro si hay o no un riesgo adicional, se recomienda informar a las mujeres embarazadas que los viajes aéreos de larga distancia podrían asociarse con un aumento de riesgo de trombosis venosa. El mejor momento para viajar es entre las semanas 14 y 28 de gestación, tomando algunas medidas que eviten la deshidratación y garanticen la movilidad corporal.
√	Se recomienda que el personal de salud informe a las gestantes los riesgos de viajar en automóvil o en avión y se tomen las decisiones en conjunto.

23. ¿CUÁNDO ESTÁ RECOMENDADA LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL DURANTE LA GESTACIÓN?

El estado nutricional se relaciona directamente con resultados adversos del embarazo. Las gestantes con bajo peso tienen un riesgo mayor de fetos con restricción de crecimiento intrauterino y recién nacido de bajo peso, mientras que las gestantes con sobrepeso u obesidad tienen un riesgo mayor de diabetes, hipertensión y macrosomía fetal. Uno de los objetivos durante el control prenatal es ofrecer educación y asesoría a las mujeres que garanticen una ganancia adecuada de peso para disminuir la morbilidad materna y fetal.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática y metanálisis de 13 ECC evaluó el efecto de una intervención nutricional para reducir la ganancia de peso durante el embarazo y | 1+

el impacto de esas intervenciones en diferentes desenlaces maternos y fetales. La intervención incluyó dieta baja en grasas, baja en carbohidratos o dietas bajas en energía, al igual que educación acerca de una dieta sana y los patrones de ganancia de peso. Esta intervención nutricional redujo significativamente la ganancia total de peso durante el embarazo (DM= -1,92 kg; IC 95%= -3,65 a -0,19), la retención de peso a 6 meses postparto (Media= -1,90 kg; IC 95%= -2,69 a -1,12) y la tasa de cesárea (RR = 0,75; IC 95% = 0,60- 0,94). Dos estudios reportaron que la restricción calórica en mujeres obesas y en aquellas con ganancias excesivas de peso en la gestación, se asoció con una significativa reducción en la ganancia de peso semanal (DM= -0.26 kg/sem; IC 95%= -0,42 a -0,09). Sin embargo, dicha intervención nutricional no tuvo un efecto significativo en la retención de peso a los 6 meses postparto, el peso al nacer, la preeclampsia, la diabetes gestacional ni el pretérmino (RR = 0,83; IC 95%= 0,51-1,34). Finalmente, se encontró que la intervención nutricional incrementa levemente la duración de la gestación en 0,22 semanas (IC 95%= 0,01-0,42) (237).	
Una revisión sistemática de 11 ECC evaluó el efecto de una dieta proteica-calórica balanceada durante el embarazo sobre los recién nacidos pequeños para la edad gestacional, el promedio de peso al nacer y la mortalidad neonatal. Se encontró que el suministro de una suplementación proteico-calórica balanceada a las mujeres embarazadas se asoció con una reducción significativa del 31% en el riesgo de tener recién nacidos pequeños para la edad gestacional (RR = 0,69; IC 95%= 0,56-0,85). El promedio de peso al nacer fue 59,89 g mayor en el grupo de suplementación proteico-calórica balanceada (DM= 59,89 g; IC 95%= 33,09-86,68). Este efecto fue más pronunciado en las mujeres desnutridas, en comparación con las mujeres adecuadamente nutridas. Finalmente, no hubo efectos estadísticamente significativos de la suplementación proteica-calórica balanceada en la mortalidad neonatal (RR = 0,63; IC 95%= 0,37-1,06) (238).	1++

Una revisión sistemática que incluyó cuatro ECC aleatorizados y cinco ECC no aleatorizados con 1.549 mujeres en total, evaluó el efecto de diferentes intervenciones para reducir la ganancia de peso durante el embarazo a través de una regulación de la dieta y el ejercicio físico. En ocho estudios la intervención consistió en modificación de la actividad física y la dieta fue ajustada de acuerdo a una monitorización continua del peso en cada consulta de control prenatal. El objetivo fue obtener unos rangos de ganancia de acuerdo a los parámetros de la IOM. Por otra parte, tres estudios ofrecieron un programa específico de ejercicio y lo compararon con información escrita y oral de los ejercicios. Seis estudios dieron consejería nutricional por una nutricionista. Un estudio con mujeres obesas ofreció charlas motivacionales con la ayuda de motivadores que enfocaban a cambiar su estilo de vida de acuerdo a sus necesidades relevantes. Finalmente, dos estudios ofrecieron información escrita acerca de qué comer durante el embarazo. El análisis estadístico de los nueve estudios mostró una menor ganancia de peso en el grupo de intervención, con una diferencia promedio de 0,22 (IC 95%= -0,38 a 0,05) (239).	1+
Una revisión sistemática de 13 ECC evaluó el impacto de una asesoría específica para aumentar la ingesta calórica y de proteínas vs. la prescripción de una dieta proteica calórica baja en los desenlaces del embarazo. Los tipos de suplementos incluidos fueron una dieta balanceada proteico-calórica (la proteína representaba menos del 25% del total de calorías), una dieta hiperproteica (las proteínas representaban el 25% de las calorías) y una dieta isocalórica (dieta balanceada en la cual la proteína remplaza una cantidad de calorías no proteicas). En cinco estudios con 1.135 mujeres, la orientación nutricional encaminada a aumentar la ingesta proteico-calórica se logró adecuadamente pero no se observó ningún beneficio en los resultados del embarazo como el parto pretérmino (RR= 0,46; IC 95%= 0,21-0,98) y la preeclampsia (RR=0,89; IC 95%= 0,42-1,88). En 13 estudios con 4.665 mujeres, una dieta proteico-calórica	1+

balanceada se asoció con un modesto incremento en la ganancia de peso materno (DM= +21 g; IC 95%= 1-40 g /semana), en el promedio de peso al nacer (DM=38 g, IC 95%= 0-75 g) y en una sustancial reducción en el riesgo de pequeño para la edad gestacional (RR= 0,68; IC 95%= 0,56-0,84). Estos efectos fueron similares en el grupo de mujeres con desnutrición. No se detectó impacto sobre el parto pretérmino y la aparición de preeclampsia (RR= 1,20; IC 95%= 0,77-1,89), pero si se encontró una reducción significativa de la muerte fetal in útero y la mortalidad neonatal (RR= 0,55; IC 95%= 0,31-0,97 y RR= 0,62; IC 95%= 0,37-1,05, respectivamente). En dos estudios con 1.076 mujeres, la dieta hiperproteica se asoció con un aumento de la ganancia de peso materno (DM= +3; IC 95%= -33 a +39 g/sem), en una reducción del promedio de peso al nacer (DM= -58; IC 95%= -146 a +29 g), una reducción no significativa de la muerte fetal in útero (RR= 0,81; IC 95%= 0,31-2,15) y un incremento no significativo del riesgo de muerte neonatal (RR= 2,78; IC 95%= 0,75-10,36). En tres estudios con 966 mujeres, la dieta normo proteico-calórica se asoció con un incremento en el riesgo de pequeño para la edad gestacional (RR= 1,35; IC 95%= 1,12-1,61), un incremento no significativo en la ganancia de peso durante la gestación (DM=52; IC 95%= -75 a 178 g /sem) y una ganancia de peso al nacer (DM= +33; IC 95%= -158 a +225 g). En cuatro estudios con 457 mujeres, la restricción proteico-calórica de una gestante con sobrepeso o con excesiva ganancia de peso en el embarazo redujo significativamente la ganancia semanal de peso (DM= -230g; IC 95%= -348 a -113 g /sem) y el promedio de peso al nacer (DM= -450; IC 95%= -625 a -275 g). Uno de los estudios con pequeño tamaño de muestra encontró en el grupo de restricción proteico-calórica una disminución de diámetro de la circunferencia fetal (-1,0; IC 95%= -1,9 a -0,1 cm). Un segundo estudio reportó una disminución en la duración de la gestación (DM=+0,2; IC 95%=-0,2 a +0,6 semanas). No se detectó efecto sobre la hipertensión inducida por el embarazo ni sobre la mortalidad materno- perinatal (240).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Con evidencia de buena calidad, el GDG y el consenso de expertos, concluyó que proporcionar a las gestantes una dieta proteico-calórica balanceada favorece la reducción en el riesgo de recién nacidos pequeños para edad gestacional, especialmente entre las embarazadas desnutridas. Las intervenciones basadas en actividad física y asesoría nutricional, por lo general combinado con la supervisión adicional de peso, parecen haber tenido éxito en la reducción de la ganancia de peso en el embarazo. El Anexo 5 de la presente GPC contiene recomendaciones nutricionales adicionales basadas en la evidencia encontrada, las cuales se pueden suministrar a las gestantes con un embarazo de curso normal durante el control prenatal.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda que la gestante sea referida para valoración por nutrición al momento de la inscripción al control prenatal, con el fin de establecer su diagnóstico nutricional y definir un plan de manejo.
A	Durante el control prenatal se recomienda el desarrollo rutinario de intervenciones basadas en actividad física y asesoría nutricional, combinada con la supervisión adicional de la ganancia de peso para evitar la ganancia excesiva de peso en el embarazo.
A	No se recomienda la prescripción rutinaria de complementos nutricionales hiperprotéicos o una dieta isocalórica con base en sólo proteínas, ya que no se ha encontrado ningún efecto benéfico en la materna y puede causar daño fetal.
A	No se recomiendan dietas hipocalóricas en las gestantes que cursan con exceso de peso o que presentan una ganancia excesiva durante el embarazo, ya que no se ha encontrado ningún efecto benéfico en la materna y pueden causar daño fetal.

RECOMENDACIÓN DE EQUIDAD

√	Se sugiere el uso de suplemento proteico-energético equilibrado (las proteínas proporcionan menos del 25% del contenido total de energía), para disminuir disparidades en la mortalidad fetal en mujeres embarazadas en desventaja, es decir, mujeres malnutridas o en riesgo de inseguridad alimentaria.

(*Ver Anexo 7 para Análisis completo de Equidad y generación de la recomendación de Equidad)*

24. ¿CUÁLES SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ESTÁN RECOMENDADOS EN EL EMBARAZO?

El embarazo es un estado de alto requerimiento de macro y micronutrientes. Su ingesta inadecuada durante la gestación puede conducir a resultados perinatales adversos, por lo que se han propuesto intervenciones nutricionales que incluyen suplementación con múltiples micronutrientes, algunos de ellos recomendados para todas las mujeres y otros recomendados de acuerdo al estado nutricional de la gestante. Por ejemplo, el calcio se recomienda para prevenir los desordenes hipertensivos del embarazo y el hierro es efectivo para prevenir la anemia en poblaciones con deficiencia de hierro.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Acido fólico

Una revisión sistemática de cuatro ECC con 6.425 mujeres evaluó el efecto del aumento del consumo de vitaminas o ácido fólico antes de la concepción sobre la prevalencia de defectos del tubo neural. En todos los estudios el ácido fólico fue tomado antes de la concepción y hasta las 6-12 semanas de gestación. La suplementación periconcepcional con folatos redujo la prevalencia de defectos del tubo neural (RR= 0,28; IC 95%= 0,13-0,58). Se encontró una reducción tanto en las madres que no habían tenido anteriormente un feto afectado (RR= 0,07; IC 95%= 0,00-1,32) como en las madres con recién nacido previamente afectado (OR= 0.31; IC 95%= 0,14-0,66). No se encontraron diferencias significativas en las tasas de aborto involuntario, embarazo ectópico y óbito con la suplementación de ácido fólico en comparación con ningún suplemento de folatos. El efecto del inicio de ácido fólico en el embarazo temprano no fue evaluado (241).	1+
Un ECC multicéntrico en 33 centros y siete países con un total de 1.817 mujeres con antecedentes de defectos del tubo neural, evaluó la efectividad de 400 mg	1+,4

de ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural, comparado con multivitaminas. Se encontró que el ácido fólico tiene un efecto protector estimado en 72% (RR=0,28; IC 95%=0,12–0,71). Con base en este ECC, un grupo consultivo de expertos del departamento de salud de Irlanda del Norte recomendó que las mujeres que no tuviesen antecedentes de fetos con defectos del tubo neural deben tomar ácido fólico antes de la concepción y durante las primeras 12 semanas de embarazo, siendo la cantidad recomendada 400 microgramos/día (242).

Con base en una revisión de 14 estudios de cohorte, se ha señalado que la reducción del riesgo se asocia con dosis altas de ácido fólico (es decir, 500 microgramos en lugar de 400 microgramos). La aplicación en la práctica de una dosis mayor de ácido fólico no ha sido investigada en estudios o ensayos y por lo tanto no puede ser recomendada (243). 1++

Una revisión sistemática que incluyó 19 ECC evaluó la suplencia con ácido fólico para prevenir los defectos del tubo neural, encontrando una reducción del 62% de los defectos del tubo neural (IC 95%= 49%-71%). El análisis estadístico de ocho estudios que examinaron suplementos fortificados con ácido fólico identificó una reducción en la incidencia de defectos del tubo neural del 46% (IC 95%= 37%–54%). En países de bajos ingresos se estimó que 29% de las muertes neonatales se deben a anomalías congénitas atribuidas a defectos del tubo neural. Asumiendo que la fortificación con ácido fólico reduce los defectos del tubo neural pero no altera la severidad de estos defectos, se estima que la fortificación con ácido fólico puede prevenir un 13% de muertes neonatales atribuidas a anomalías congénitas en países de bajos ingresos (244). 1++

Hierro

Un ECC con 2.682 gestantes evaluó el impacto de una suplencia rutinaria de hierro durante el control prenatal frente a una suplencia selectiva de hierro, 1++

encontrando en el grupo suplementado con hierro de forma selectiva un aumento en la probabilidad de cesárea y en la necesidad de transfusión de sangre, pero un número menor de embarazos mayores o iguales a 41 semanas y óbitos fetales (245).

Una revisión sistemática que incluyó 49 ECC y 23.200 pacientes evaluó la efectividad de dar suplencia diaria con hierro (en promedio 60 mg de hierro elemental) sólo o sumado a ácido fólico (500 mcg), comparado con su administración 1 o 2 veces por semanas o con placebo. Se encontró que la suplencia universalmente aceptada de hierro se asocia con incremento en los niveles de hemoglobina antes y después del parto y reduce el riesgo de anemia. Estos efectos no difieren entre las mujeres que reciben suplencia intermitente o suplencia diaria. Los efectos adversos como hemoconcentración fueron más comunes entre las mujeres que recibieron hierro con o sin ácido fólico diario, comparado con aquellas que no recibieron hierro y entre quienes lo habían recibido antes de las 20 semanas (DM= 8,83g/dL, IC 95%= 6,55-11,11). Comparado con placebo, no hubo diferencias en los que solo recibieron diariamente hierro como los que recibieron hierro + ácido fólico en relación al bajo peso al nacer (RR= 0,79; IC 95%= 0,61-1,03 y RR=1,06; IC 95%= 0,28-4,02), al peso al nacer (DM= 36,05 g; IC 95%= -4,84-76,95 y RR=57,73; IC 95%= 7,66-107,79), o al parto pretérmino (RR=0,85; IC 95%=0,67-1,09 y RR=1,55; IC 95%= 0,40- 6,00). Se encontraron niveles más altos de hemoglobina materna al final del embarazo (DM= 8,83; IC 95%= 6,55-11,11 g) y en frecuencia de anemia al término (RR= 0,27; IC 95%= 0,17- 0,42). Este comportamiento fue independiente de la dosis de hierro y ácido fólico y de si este se iniciaba antes o después de la semana 20 de gestación. Se presentaron un mayor número de efectos secundarios como estreñimiento, náuseas, vómito o epigastralgia en el grupo que recibió suplementacion con hierro sólo o con ácido fólico comparado con

1+,

1++

placebo (RR=3,92; IC 95%= 1,21-12,64) (246, 247).

Una revisión sistemática que incluyó 31 ECC y 2.113 pacientes, evaluó la suplencia diaria o intermitente con hierro con o sin folato comparado con placebo. La suplencia diaria con hierro redujo en 73% la incidencia de anemia al final del embarazo (RR = 0,27; IC 95%= 0,17 – 0,42) y en 67% la anemia por deficiencia de hierro a término (RR = 0,33; IC 95%= 0,16 – 0,69). El efecto de la misma intervención sobre la anemia por deficiencia de hierro no fue significativo (RR = 0,43; IC 95%= 0,17 – 1,09). No hubo diferencias en la tasa de anemia a término cuando se comparó la suplencia intermitente vs. la suplencia diaria con hierro + folato (RR = 1,61; IC 95%= 0,82 –3,14) (248). | 1++

Vitamina D

Un ECC con 126 pacientes encontró un incremento significativo de los niveles de plasma (nmol/litro) cuando se ofreció suplencia con vitamina D en el tercer trimestre (168 + 96 vs 16,2 + 22,1), así como un incremento en la ganancia promedio de peso materno en el tercer trimestre comparado con el grupo placebo (63,3 +20,7 *vs.* 46,4 + 29,5). No se encontró diferencia en el promedio de peso en al nacer de los recién nacidos en el grupo que recibió vitamina D (3.157 g +469 vs. 3.034 g + 524) (249). | 1+

Un ECC no aleatorizado con 164 gestantes evaluó el efecto de dar suplemento de vitamina D (10 microgramos/día) a las mujeres a partir de la semana 12 de embarazo. Se encontró un aumento significativo en los niveles en el plasma materno de 25-OHD entre el grupo suplementado y el grupo placebo a la semana 24 (39 nmol/ l vs. 32,5 nmol/l; p <0,01), a la semana 34 (44,5 nmol/ l vs. 38,5 nmol/l; p <0,05) y al momento del parto (42,8 nmol/l *vs.* 32,5 nmol/l; p <0,001) (250). | 2+

Un estudio de cohorte evaluó en 160 gestantes originarias de África, el Caribe, Sur de Asia, Extremo Oriente y Oriente Medio, el efecto de la suplementación de

vitamina D desde la primera visita prenatal. El 50% de las mujeres tenían bajos niveles de vitamina D y se les suplementó de 20 a 40 microgramos/día. Se encontró que al momento del parto el nivel promedio de vitamina D había aumentado de 15 nmol/l a 27,5 nmol/l al final del embarazo (251).	1+
Un ECC que incluyó 84 gestantes comparó con placebo el efecto de los suplementos de vitamina D (25 microgramos/día) consumidos por las mujeres en el tercer trimestre del embarazo. Se encontraron concentraciones mayores en plasma de 25-OHD (ng/mL) en el grupo que recibió vitamina D, comparado con el grupo control (Media = 26 ng/mL ± 7 vs. 13,8 ng/mL ± 8) en el momento del parto, y en los recién nacidos en el día 4 (Media= 13 ng/mL ± 1 vs.5 ng/mL ± 1) (252).	1+
Un ECC incluyó mujeres caucásicas embarazadas a quienes se les suplementó vitamina D (25 microgramos/día) en el tercer trimestre, o que recibieron una dosis única de vitamina D (5 mg) en el séptimo mes de embarazo, o ningún suplemento de vitamina D. Los autores encontraron un aumento significativo en concentraciones en el suero materno de 25-OHD (nmol/l) en el grupo de la dosis diaria (25,3 ± 7,7 vs. 9,4 ± 4,9) y en el grupo de dosis única, ambas en comparación con el grupo control (26,0 ± 6,4 vs. 9,4 ± 4,9) en el parto. No hubo diferencias significativas en el peso al nacer promedio entre los tres grupos (253).	1+
Una revisión sistemática de seis ECC y 1.023 mujeres comparó el efecto de la suplementación con vitamina D sola o sumada a calcio con placebo durante el control prenatal. No se encontraron diferencias para prevenir la preeclampsia entre las mujeres que recibieron 1.200 UI de vitamina D + 375 mg de calcio, comparado con las que no lo recibieron o estuvieron en el grupo placebo (RR=0.67; IC 95%= 0,33-1,35). También se encontró que las mujeres que recibieron vitamina D tuvieron niveles séricos relacionados mayores al final del	1++

embarazo comparado con el grupo placebo, así como que la suplementación con vitamina D disminuyó el riesgo de tener un recién nacido con bajo peso al nacer (RR= 0,48; IC 95%= 0,23-1,01). No se encontraron diferencias en otros resultados adversos del embarazo como síndrome nefrítico (RR= 0,17; IC 95%= 0,01- 4,06), óbito fetal (RR= 0,17; IC 95%= 0,01- 4,06) o en la mortalidad neonatal (RR= 0,17; IC 95%= 0,01- 4,06) (254).

Calcio

Una revisión sistemática de 21 ECC con 16.602 mujeres evaluó la suplencia de calcio durante el embarazo vs. placebo o no tratamiento. Independiente de la dosis y tipo de calcio usado, no se encontraron diferencias en la reducción del parto pretérmino antes de las 37 semanas entre las gestantes que recibieron calcio vs. las que no lo recibieron (RR=0,90; IC 95%= 0,73-1,11), ni en la disminución del parto pretérmino antes de las 34 semanas (RR= 1,11; IC 95%= 0,84-1,46). Con el análisis por separado de cuatro ECC y 13.449 nacimientos, no se encontraron diferencias en el bajo peso al nacer (RR= 0,91; IC 95%= 0,72-1,16). Basado en el análisis de 19 ECC y 8.287 mujeres se encontró que las gestantes que recibieron suplencia con calcio tuvieron bebés con peso ligeramente mayor (DM= 64,66 g; IC 95%=15,75-113,58). No se encontró diferencia entre los grupos en cuanto a ganancia de peso materno (DM= -29,46 g/semana; IC 95%= -119,80 a 60,89 g), mortalidad materna (RR= 0,17; IC 95%= 0,02-1,39), mortalidad perinatal (RR=0,84; IC 95%= 0,61-1,16) o restricción del crecimiento intrauterino (RR= 0,86; IC 95%= 0,61- 1,22) (255).

1+

1+

Una revisión sistemática de 13 ECC y 15.730 mujeres comparó el efecto de la suplementación con 1 g de calcio al día vs. placebo. Se encontró una reducción en el riesgo de hipertensión (RR= 0,65; IC 95%= 0,53-0,81) y en el riesgo de desarrollar preeclampsia (RR= 0,45; IC 95%= 0,31-0,65). El efecto fue mayor en las mujeres con baja ingesta de calcio desde el inicio del embarazo (RR= 0,36; IC

95%= 0,20-0,65) y en mujeres clasificadas como de alto riesgo (RR= 0,22; IC 95%=0,12-0,42). Por otra parte, el riesgo de parto pretérmino se redujo en el grupo de ingesta de calcio (RR= 0,76; IC 95%= 0,60- 0,97). No se encontró ningún efecto sobre el riesgo de muerte fetal (RR= 0,90; IC 95%= 0,74-1,09), pero si en la morbilidad materna (RR= 0,80; IC 95%= 0,65-0,97). Una muerte ocurrió en el grupo de calcio y seis en el grupo placebo (RR= 0,17; IC 95%= 0,02-1,39) y se encontró un aumento en el riesgo de síndrome HELLP en el grupo que recibió calcio (RR= 2,67; IC 95%= 1,5-6,82) (256). | 1++

Una revisión sistemática de 10 ECC con 11.405 mujeres evaluó el efecto preventivo de la suplencia de calcio durante el embarazo sobre la hipertensión gestacional y la mortalidad materna y perinatal. Incluyendo sólo los estudios en países en vías de desarrollo se encontró que la suplencia con calcio durante el embarazo se asoció con una reducción del 45% en el riesgo de hipertensión gestacional (RR= 0,55; IC 95%= 0,36-0,85) y del 59% en el riesgo de preeclampsia (RR= 0,41; IC 95%=0,24-0,69). La suplencia de calcio durante el embarazo se asoció con una reducción significativa en la mortalidad neonatal (RR= 0,70; IC 95%= 0,56- 0,88) y el riesgo de parto prematuro (RR=0,88; IC 95%= 0,78-0,99). Tanto la morbilidad extrema como la mortalidad materna asociadas a trastornos hipertensivos fueron menores en el grupo que recibió suplementación con calcio (RR= 0,80; IC 95%= 0,70-0,91). No se encontraron diferencias en la prevención de bajo peso al nacer (RR=0,81; IC 95%= 0,58-1,12) (257). | 1++

Vitamina A

Una revisión sistemática que incluyó cinco ECC con 23.426 mujeres evaluó el efecto sobre la mortalidad materna de la suplencia con vitamina A durante el embarazo. Se encontró una reducción en todas las causas de la mortalidad materna hasta 12 semanas después del parto (RR=0,60; IC 95%= 0,37-0,97). Asimismo, se encontró un efecto beneficioso en las mujeres anémicas después | 1++

de la suplementación con vitamina A, con cifras de 35% en el grupo de la vitamina A comparado con 68% en el grupo suplementado con hierro. Adicional se encontró una disminución en la anemia cuando se comparó vitamina A vs. placebo (RR= 0,78; IC 95%= 0,63- 0,96) (258).

Multivitaminas

Una revisión sistemática de 12 ECC con 46.763 mujeres de países en vías de desarrollo evaluó el efecto de la suplementación con múltiples micronutrientes vs. ácido fólico + hierro durante el embarazo, en relación al tamaño del recién nacido y la duración de la gestación en países de bajos ingresos. Se encontró que la suplementación con múltiples micronutrientes se asoció con un incremento en el peso promedio al nacer de los recién nacidos (DM=+22.4 g; IC 95%= 8,3-36,4 g), una reducción en la prevalencia de bajo peso al nacer (OR = 0,89; IC 95%= 0,81- 0,97), una reducción en los recién nacidos pequeños para la edad gestacional (OR = 0,90; IC 95%= 0,82-0,99) y un incremento en la prevalencia de recién nacidos grandes para la edad gestacional (OR = 1,13; IC 95%= 1,00-1,28). Asimismo, se encontró que por cada unidad de aumento en el IMC materno, el peso del recién nacido aumentó en 7,6 g (IC 95%= 1,9-13,3 g; p= 0,009). El efecto de la intervención en relación con el grupo control fue diferente según el IMC: en mujeres con IMC > 20 kg/m^2, la diferencia promedio en el peso del recién nacido fue + 39,0 g (IC 95%= 22,0-56,1 g), mientras en mujeres con un IMC < 20 kg/m^2 fue -6,0 g (IC 95%= -8,8 a 16,8 g). No se observaron efectos significativos de la suplencia con micronutrientes en la duración de la gestación (DM= 0,17 días; IC 95%: -0,35 a 0,70 días; p = 0,51) o la incidencia de parto prematuro (OR=1,00; IC 95%= 0,93-1,09; p = 0,92) (259). 1++

Una revisión sistemática de 15 ECC con 64.244 mujeres comparó el efecto de la suplementación durante el embarazo con múltiples micronutrientes vs. hierro + ácido fólico en el resultado del embarazo en países en desarrollo. Se encontró

que la adición de múltiples micronutrientes fue más efectiva que la adición de hierro + ácido fólico para reducir el riesgo de bajo peso al nacer (RR= 0,86; IC 95%= 0,79–0,93) y de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (RR= 0,85; IC 95%= 0,78–0,93). La suplencia con micronutrientes durante la gestación no tuvo efecto sobre la mortalidad perinatal (RR=1,05; IC 95%= 0,90-1,22), ni sobre el parto pretérmino (RR=0,99; IC 95%= 0,9-1.,). Sin embargo, al realizar análisis por subgrupos se encontró que el riesgo de mortalidad perinatal fue menor en gestantes con educación formal (RR= 0,93; IC 95%=0,82-1,06) y cuando la suplementación con micronutrientes se inició después de la semana 20 de gestación (RR= 0,88; IC 95%= 0,80-0,97) (260).	1++
Una revisión sistemática que incluyó 12 ECC y 46.763 mujeres en países de bajos ingresos, evaluó el efecto sobre la muerte fetal in útero y la mortalidad neonatal temprana y tardía de la suplencia de multivitaminas, comparado con la suplencia con hierro + ácido fólico durante el embarazo. La suplencia con múltiples micronutrientes durante la gestación no disminuyó el riesgo de muerte fetal in útero (OR = 1,01; IC 95%= 0,88-1,16), la mortalidad neonatal temprana (OR = 1,23; IC 95%=0,67-2,23), la mortalidad neonatal tardía (OR = 0,94; IC 95%= 0,73-1,23) ni la mortalidad perinatal (OR = 1,11; IC 95%= 0,93-1,33) (259).	1+
Una revisión sistemática que incluyó 17 ECC y 6.541 mujeres evaluó el impacto de la suplencia durante el embarazo con múltiples micronutrientes en comparación con la suplencia con hierro + ácido fólico. No se encontró beneficio sobre la anemia en el tercer trimestre cuando se compararon la suplencia con multivitaminas vs. hierro + ácido fólico (RR = 1,03; IC 95%= 0,87–1,22). Sin embargo, se encontró una reducción del 9% en la frecuencia de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (RR = 0,91; IC 95%= 0,86–0,96). No se encontró un incremento en la mortalidad neonatal (RR = 1,05; IC 95%= 0,92–	1+

1,19) (261). Una revisión sistemática de 13 ECC con 29.889 mujeres examinó la eficacia de la suplencia prenatal con multivitaminas comparado con placebo o suplencia sólo con hierro + ácido fólico sobre los resultados del embarazo. Se encontró una reducción significativa en el riesgo de bajo peso al nacer en los recién nacidos de madres que recibieron micronutrientes durante la gestación, comparado con las que recibieron placebo (RR= 0,81; IC 95%= 0,73-0,91) o con las que recibieron hierro + acido fólico (RR=0,83; IC 95%= 0,74–0,93). El peso al nacer fue mayor en el grupo que recibió micronutrientes comparado con el grupo que recibió hierro + ácido fólico (DM= 54 g; IC 95%= 36-72 g). No se encontraron diferencias en el riesgo de parto pretérmino comparado con placebo (RR=0,97; IC 95%= 0,82-1,13) o con el grupo de hierro + ácido fólico (RR= 0,99; IC 95%= 0,96-1,03). El riesgo de recién nacidos pequeños para la edad gestacional fue similar en los tres grupos (multivitaminas vs. placebo: RR=0,85; IC 95%= 0,71-1,02. Multivitaminas vs. hierro + ácido fólico: RR=0,89; IC 95%=0,77-1,01) (262).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que sólo existen beneficios de la suplementación con vitamina D en el embarazo de mujeres con deficiencia de esta vitamina, así como en poblaciones del sur de Asia, pero no se ha demostrado ningún beneficio en mujeres que tienen bajo riesgo de deficiencia de vitamina D como lo son las gestantes de nuestro país. Por otra parte, la evidencia muestra que la suplencia con calcio durante el embarazo se asocia a un efecto protector significativo en la prevención de la preeclampsia, por lo cual el GDG recomienda que este sea usado para esta indicación iniciando dicha suplementación después de la semana 14. La suplencia de hierro tiene un beneficio significativo en reducir la anemia y la anemia por deficiencia de hierro en el tercer trimestre. El hierro en combinación con el ácido fólico también tiene un impacto sobre la anemia y debe prescribirse de manera rutinaria en mujeres embarazadas en países en desarrollo. El consenso de expertos

recomendó la suplementación con hierro y ácido fólico a todas las gestantes con niveles de hemoglobina por debajo de 14 mg/dL, teniendo en cuenta el riesgo de trastornos hipertensivos asociados a la gestación. En relación a la vitamina A, la evidencia revisada no es suficiente para justificar dicha suplencia en el control prenatal de embarazos de curso normal. Solo debe usarse en entornos donde no es factible aumentar la ingesta de vitamina A a través de la dieta y la ceguera nocturna es endémica. Finalmente, la literatura es controversial con respecto al impacto de la suplementación con multivitaminas durante la gestación. No se ha encontrado una reducción en la muerte fetal in útero ni en la mortalidad neonatal o perinatal, por lo cual el GDG y el consenso de expertos no las recomendó en gestantes con embarazo de curso normal.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda la suplencia con 400 microgramos / día de ácido fólico desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de embarazo para reducir el riesgo de tener un recién nacido con defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida).
√	A pesar de la evidencia actual, se recomienda el suplemento de hierro + ácido fólico de forma rutinaria a todas las gestantes con embarazo de curso normal. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.
A	Se recomienda la suplencia con carbonato de calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
A	No se recomienda el reemplazo del hierro + acido fólico por multivitaminas en gestantes con embarazo de curso normal para reducir la anemia materna.
B	No se recomienda la suplencia con vitamina D en el control prenatal de gestantes de bajo riesgo.
B	No se recomienda la suplencia con vitamina A en el control prenatal de gestantes de bajo riesgo.
√	Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o después de las comidas principales y no consumirse con leche.

25. ¿CUÁNDO ESTÁ RECOMENDADO EL CONTROL ODONTOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO?

Existen factores de riesgo conocidos para la aparición de parto pretérmino como el antecedente de parto pretérmino, bajo índice de masa corporal, alcoholismo, tabaquismo y enfermedades infecciosas del tracto genital. Otros como la infección oral, en particular la infección periodontal, no tienen aún un papel claro. El hecho que exista asociación

clínica de enfermedad periodontal y parto pretérmino no implica necesariamente que el tratamiento sea eficaz en disminuir la incidencia de este evento.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 13 ECC y 2.366 gestantes evaluó si el tratamiento no quirúrgico de la enfermedad periodontal mejora los resultados del embarazo en cuanto a parto pretérmino y bajo peso al nacer. No se encontró una disminución del riesgo de parto pretérmino (RR=0,82; IC 95%= 0,64-1,06), ni del riesgo de bajo peso al nacer (RR = 0,64; IC95%= 0,40-1,00). Los autores concluyeron que el momento ideal para el tratamiento de la enfermedad periodontal es durante el periodo preconcepcional (263).	1++
Una revisión sistemática de 11 ECC y 8.680 mujeres embarazadas evaluó el efecto del tratamiento no quirúrgico de la enfermedad periodontal sobre el embarazo. Cinco ECC incluidos fueron considerados de alta calidad metodológica y 6 ECC fueron calificados como de baja calidad metodológica (alto riesgo o riesgo no claro de sesgos). Se encontraron resultados divergentes entre los estudios considerados de alta o baja calidad metodológica: los de baja calidad concluyeron un efecto benéfico del tratamiento y en los de alta calidad no se encontró un efecto benéfico del tratamiento (OR=1,15; IC 95%= 0,95-1,40). Cuando se incluyeron tanto los estudios de alta como de baja calidad, no se encontró un efecto sobre el riesgo de parto pretérmino (OR= 0,93; IC 95%= 0,79-1,10). Lo mismo sucedió con desenlaces como el bajo peso al nacer (OR=1,07; IC 95%= 0,85-1,36 con sólo los estudios de alta calidad. OR=0,85; IC 95%= 0,70-1,04 incluyendo todos los estudios), el riesgo de aborto u óbito fetal (OR= 1,00; IC 95%= 0,51-1,97 con sólo los estudios de alta calidad. OR= 0,79; IC 95%= 0,51-1,22 incluyendo todos los estudios) y resultados adversos en general (parto pretérmino/abortos espontáneos: OR=1,09; IC 95%= 0,91-1,30) (264).	1++
Un ECC con 1.760 pacientes evaluó el efecto del tratamiento de la enfermedad	1+

periodontal durante el embarazo sobre la incidencia de parto pretérmino. La incidencia de parto pretérmino en el grupo tratado fue 13,1% comparado con 11,5% en el grupo control (p=0,316). No se encontraron diferencias en el grupo de intervención en la frecuencia de parto antes de las 37 semanas (OR= 1,22; IC 95%= 0,089–0,66), antes de la semana 35 (OR= 0,998; IC 95%= 0,64-1,55), previo a la semana 32 (OR= 1,14; IC 95%= 0,68-2,03), RCIU (OR= 0,801; IC 95%= 0,604-1,062), recién nacidos con peso menor a 2.500 g (OR= 1,01; IC 95%= 0,72-1,42) o para recién nacido con peso menor a 1.500 g (OR= 1,15; IC 95%= 0,54-2,43) (265).

Una revisión sistemática de 18 ECC evaluó el impacto del tratamiento no quirúrgico de la enfermedad periodontal sobre el parto pretérmino y el bajo peso al nacer. Se encontró una disminución del riesgo de parto pretérmino en el grupo tratamiento comparado con el grupo que recibió profilaxis (OR= 0,589; IC 95%= 0,396-0,875), pero no se encontró asociación con el bajo peso al nacer (OR= 0,717; IC 95%= 0,440-1,169). Cuando en el análisis se incluyeron sólo los estudios de alta calidad, no se encontró disminución de riesgo de parto pretérmino en el grupo de tratamiento (OR= 1,082; IC 95%= 0,891-1,314) ni de bajo peso al nacer (OR=1,181; IC 95%= 0,960-1,452) (266). 1++

Una revisión sistemática de 10 ECC y 5.645 mujeres embarazadas mayores de 18 años con enfermedad periodontal, comparó el tratamiento periodontal con detartraje y/o educación de higiene oral vs. no tratamiento. Se encontró una disminución del riesgo de parto pretérmino entre el grupo que recibió tratamiento (OR= 0,65; IC 95%=0,45–0,93), así como de recién nacidos con bajo peso al nacer (OR=0,53; IC 95%=0,31-0,92), de aborto espontáneo/muerte fetal (OR=0,71; IC 95%= 0,43-1,16). El análisis por subgrupos mostró un efecto significativo del tratamiento periodontal en gestantes de bajo riesgo para parto pretérmino o bajo peso al nacer (OR=0,35; IC 95%= 0,17-0,70) y una disminución de la enfermedad periodontal severa (OR= 0,49; IC 95%= 028-0,87) (267). 1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia acumulada hasta la fecha con estudios de alta calidad no es suficiente para concluir que la enfermedad periodontal tiene un efecto modificador sobre el parto pretérmino, y que por ende, el tratamiento de la enfermedad periodontal durante el embarazo pueda considerarse como una vía para disminuir la incidencia de parto pretérmino. Existe la hipótesis que el tratamiento invasivo puede disparar la cascada inflamatoria sistémica y por la vía de citoquinas desencadenar trabajo de parto pretérmino. Las mujeres pueden ser citadas para practicarles sus exámenes dentales periódicos durante el embarazo, definir su estado dental y recibir tratamiento para enfermedad periodontal advirtiendo que dicho tratamiento durante el embarazo probablemente no reducirá el riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer. Debe considerarse el momento en el cual se realiza el tratamiento, teniendo en cuenta que este puede ser tardío si se realiza durante la gestación. El periodo preconcepcional puede ser el momento óptimo para este tipo de intervenciones.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda que al momento de la inscripción al control prenatal, la gestante sea referida para valoración por odontología con el fin de recibir asesoría en higiene oral, establecer su diagnóstico de salud oral y definir un plan de manejo.
A	No se recomienda el tratamiento rutinario de la enfermedad periodontal como medida para disminuir la incidencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento o ruptura prematura de membranas.

26. ¿CUALES SON LAS ESTRATEGIAS MAS EFECTIVAS PARA PROMOVER Y APOYAR LA LACTANCIA MATERNA?

Existe una amplia evidencia de los beneficios a corto y a largo plazo de la lactancia materna para la salud los bebés y las madres. Los beneficios a corto plazo incluyen la reducción de la mortalidad en recién nacidos prematuros, disminución de la morbilidad por enfermedades gastrointestinales, respiratorias, urinarias y atópicas. A largo plazo protege contra el desarrollo de algunas enfermedades como diabetes juvenil y obesidad. Además de los beneficios sobre el bebé, la lactancia materna también tiene impacto sobre

la salud materna. Los estudios han mostrado una menor incidencia de cáncer de mama, cáncer de ovario y las fracturas de cadera. Sin embargo, a pesar de los beneficios establecidos, las tasas de lactancia materna no son ideales, probablemente por falta de educación y orientación a las madres y su familia durante el control prenatal y postnatal. Se pretende con la revisión ofrecer herramientas a los cuidadores de salud, basadas en la evidencia, que les permita fortalecer programas que incentiven la lactancia materna.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó siete ECC y 1.388 mujeres, evaluó las intervenciones que son efectivas para mejorar la lactancia materna (LM) en términos del número de mujeres que inician la lactancia materna. Las intervenciones incluidas fueron la educación en salud, los paquetes que promueven la lactancia, y el estimular el contacto madre-hijo precozmente. Basado en el análisis de cinco ECC con 582 mujeres, se encontró que los programas de educación en salud aumentaron la proporción de mujeres que iniciaron la lactancia materna (RR=1,53; IC 95%=1,25-1,88) y fueron más efectivas en mujeres de bajos ingresos. Por su parte, las estrategias que incluyeron paquetes de promoción de la lactancia materna o que estimularon el contacto madre-hijo precozmente, no impactaron sobre la frecuencia de inicio de la lactancia materna (RR=1,53; IC 95%=1,25-1,87 y RR= 0,93; IC 95%= 0,80-1,08, respectivamente) (268).	1+
Una revisión sistemática que incluyó 30 ECC, evaluó cuales estrategias fueron efectivas para incrementar el número de mujeres que iniciaron la lactancia materna y su impacto en la duración de la lactancia materna exclusiva. Se encontró que estrategias como ofrecer literatura sobre lactancia materna sola o combinada con un método de educación en salud más formal no interactivo, no aumentaron el número de mujeres que iniciaron la lactancia materna (RR =1,397; IC 95%= 0,822-2,375). Las clases de educación en salud en pequeños grupos parecen ser una intervención efectiva que incrementó las tasas de inicio y en algunos casos la	1+

duración de la lactancia materna (RR= 1,968; IC 95%= 1,206-3,212). Las campañas en medios de comunicación, y en particular los anuncios de televisión, mejoraron las actitudes y aumentaron las tasas de inicio de la lactancia materna (RR=1,574; IC 95%= 1,136-2,102). Las intervenciones multifacéticas que incluyeron campañas en medios de comunicación, programas de educación que involucran al compañero y estrategias estructuradas desde el sector de la salud ('*Iniciativa Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia*" del Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), capacitación al personal de salud, programas de nutrición, entre otros), en combinación con actividades de educación en salud, fueron eficaces tanto en el aumento de las tasas de inicio como en la duración y exclusividad de la lactancia materna (RR = 1,734; IC 95%= 1,199-2,507) (269).

Un ECC con 1.249 mujeres evaluó el impacto de un programa que ofreció, adicional al control prenatal, clases de educación en lactancia materna sobre la duración de la lactancia materna. No se encontraron diferencias en los dos grupos en la duración de la lactancia materna, en la frecuencia de inicio de la lactancia ni en la lactancia exclusiva a los cuatro meses (OR= 1,2; IC 95%= 0,89-1,6. OR= 1,2; IC 95%= 0,8-1,7 y OR= 1,1; IC 95%= 0,6-1,8, respectivamente) (270). 1 -

Un ECC que incluyó 401 mujeres de bajo riesgo de una institución de alta complejidad, evaluó el impacto de ofrecer material educativo y talleres sobre lactancia materna en la duración y exclusividad de la lactancia materna. Se encontró que las mujeres que recibieron instrucciones simples, cortas, individuales y concretas acompañadas de material educativo, comparado con aquellas que estuvieron en un control prenatal rutinario, lograron una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva a los tres meses (OR= 2,6; IC 95%= 1,2-5,4) y 6 meses postparto (OR=2,4; IC 95%= 1,0-5,7). El número de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue mayor si recibieron consejería individual comparado con las que recibieron sólo material educativo (OR= 2,5; IC 95%= 1,0-6,3) (271). 1 -

Una revisión sistemática con 17 estudios y 7.131 mujeres comparó un programa de educación en lactancia materna que incluyó educación formal, información escrita, videos, asesoría con pares y consulta adicional de lactancia, con el control prenatal rutinario en la frecuencia de inicio y duración de la lactancia materna (LM). Uno de los estudios incluidos comparó la consulta de lactancia (CL) + educación rutinaria con educación rutinaria sola y no encontró diferencia en el inicio de la LM (RR=1,33; IC 95%= 0,86-2,07). Un segundo estudio comparó CL + libro de LM vs. libro solo, no encontrando diferencias significativas entre los grupos (OR=0,82; IC 95%= 0,59-1,14). Un tercer estudio comparó video + educación formal y lo comparó con folletos, no encontrando diferencias estadísticas entre los grupos (RR=1,59; IC 95%=0,86-2,94). En un cuarto estudio se comparó educación rutinaria + educación formal con educación rutinaria sola, no encontrando nuevamente diferencias (RR=0,97; IC 95%= 0,79-1,19). Un quinto estudio con 698 mujeres comparó CL + libro con solo libro y no reportó diferencias significativas (RR=0,85, IC 95%= 0,68-1,08), así como un sexto estudio que comparó educación rutinaria + bebé en cuarentena con solo educación rutinaria (Media= 14,20 días, IC 95%= -2.97 a 31.37 días), un séptimo estudio que comparó CL + incentivo con educación rutinaria (Media= 12 vs. 6 semanas), y un octavo estudio que comparó Libro de LM + CL vs. libro + video (RR= 1,29; IC 95%= 0,80-2,06). Se encontraron diferencias significativas en la lactancia materna exclusiva a los 6 meses en el grupo que recibió libro + video + consulta de lactancia comparado con el que sólo recibió el libro + video (RR= 2,23; IC 95%= 0,01-4,92). Asimismo, al comparar libro + video + consulta de lactancia vs. educación no formal, se encontró un aumento significativo en la lactancia materna exclusiva a los tres meses (RR= 2,02; IC 95%= 1,16-3,49), pero no siendo así a los seis meses en la lactancia exclusiva (RR=2,11; IC 95%= 0,99-4,52) (272).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que las intervenciones multifacéticas que incluyen campañas en medios de comunicación, programas de educación que involucran al compañero, pares sociales combinado con estrategias estructuradas desde el sector de la salud tales como la "*Iniciativa Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia*" de la UNICEF, capacitación al personal de salud, programas de nutrición y actividades de educación en salud, son eficaces para aumentar la frecuencia e inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna a las 4-6 semanas y a los 6 meses. El consenso de expertos recomendó que se tenga en cuenta las estrategias de la "*Iniciativa Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia*" de la UNICEF como referencia para asesoría en lactancia materna durante el control prenatal, el parto y el puerperio.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B (↑)	Se recomienda ofrecer educación sobre lactancia materna a todas las gestantes desde su primer control prenatal, incluyendo técnicas y buenas prácticas que ayuden a la mujer a tener éxito en la lactancia materna, tal como se detalla en la "Iniciativa Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia" del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Ministerio de la Salud y Protección Social.
B (↑)	Se recomienda incluir en las estrategias de educación en lactancia materna al personal de salud, a la familia y a otros miembros de la comunidad (pares sociales).
C (↑)	Durante todo el control prenatal y postparto se recomienda la educación en lactancia materna mediante talleres y consejerías específicas para aquellas mujeres quienes expresan su decisión de lactar a sus hijos y para las que aún no han decidido el tipo de alimentación que les ofrecerán.
√	Se recomienda preguntar a la gestante: ¿Que conoce de la lactancia materna? en vez de ¿Planea Ud. lactar a su bebé o darle biberón?, como oportunidad de iniciar la educación en lactancia materna.

27. ¿QUÉ INFECCIONES SE RECOMIENDA TAMIZAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES CON EMBARAZO DE CURSO NORMAL?

El parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas y el bajo peso al nacer son complicaciones del embarazo que se asocian a problemas infecciosos frecuentes en el embarazo. La infección urinaria es la complicación médica más común durante el embarazo. Del 20 al 40% de las pacientes con bacteriuria asintomática en el embarazo no tratadas desarrollan pielonefritis. La pielonefritis en el embarazo puede causar una

significativa morbilidad para la madre y el feto, de ahí que uno de los objetivos primarios del control prenatal es la detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática. Otras patologías infecciosas impactan el curso del embarazo por su potencial transmisión vertical; si estas son identificadas y tratadas oportunamente durante el control prenatal, el compromiso fetal se reduce en forma importante.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Bacteriuria Asintomática

Seis ECC que incluyeron entre 65 y 829 pacientes encontraron una prevalencia de bacteriuria asintomática entre 2,3% y 18%. El riesgo de pielonefritis osciló entre 1,8% a 28%. Igualmente se encontró que dar tratamiento a las gestantes con bacteriuria asintomática (BA) disminuye la frecuencia de parto pretérmino hasta en un 30% y de pielonefritis hasta en un 40% (273-281).	1+
Tira reactiva. Cinco estudios de prueba diagnóstica que incluyeron entre 100 y 1.047 gestantes compararon la tira reactiva con el cultivo como patrón de oro, para detectar bacteriuria asintomática, considerando que la tira es una prueba rápida y barata y no requiere mucho entrenamiento técnico para realizarla. Consideraron que la prueba es positiva cuando la tira tuviese más que trazas de proteínas, más que trazas de sangre, nitritos positivos o esterasa leucocitaria positiva. La sensibilidad de la tira reactiva osciló entre 8,18% a 50,0% cuando se utilizaron los cuatro resultados anteriores positivos; cuando se usó sólo la presencia de nitritos o esterasa leucocitaria, la sensibilidad se estimó entre 45% y 50%. Cuando se usó como positivo sólo la presencia de proteinuria, la sensibilidad reportada fue 57% con una especificidad de 93,2%. Esto implica que en el mejor de los casos la tira reactiva detectará un 50% de gestantes con BA (282-287).	II
Uroanálisis microscópico. Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas con 1.047 pacientes estimó una sensibilidad de 25% y especificidad de 99% para el uroanálisis microscópico (285). Dos estudios de prueba diagnóstica con 3.000 y 528	II

mujeres, respectivamente, estimaron una sensibilidad de 72% y 80,6%, especificidad de 98,6% y 71,5%, VPP de 76,5% y 17,2% y VPN de 98,2% y 98,1%, respectivamente, para el mismo uroanálisis, pero no fueron homogéneos en la definición de la positividad del uroanálisis (284, 288).

Gram de extendido. Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas con 528 pacientes analizó el Gram centrifugado (positivo: 6–12 bacterias por campo) vs. urocultivo. Se encontró una sensibilidad de 100% y una especificidad de 7,7% con VPP de 7,3% y VPN de 100%. Por su pobre especificidad, más del 90% de las pacientes serán identificadas incorrectamente como positivas para BA. Otro estudio de pruebas diagnósticas con 1,047 mujeres que tomó como positivo un Gram sin centrifugar de más de 2 microorganismos por campo, encontró una sensibilidad de 91,7% y especificidad de 89,2% (284, 285). II

Un estudio de cohorte anidado en un ECC con 3,048 mujeres, se centró en determinar la validez diagnóstica de un cultivo en agar (dipslide) y de las tiras reactivas para detectar bacteriuria asintomática durante el embarazo, comparado con el cultivo como patrón de oro. La prevalencia de la bacteriuria asintomática fue 15% y la E. coli fue la bacteria más frecuentemente aislada. Se encontró que una mujer embarazada con un dipslide positivo tiene una alta probabilidad de tener un diagnóstico definitivo, mientras que un resultado negativo efectivamente descarta la presencia de bacteriuria dado que el LR^+ es de 225 (IC 95%= 113-449). Un resultado positivo aumenta la probabilidad de detección de bacteriuria asintomática a 98% con LR^- de 0,02 (IC 95%= 0,01-0,05). Las tiras que miden nitritos y esterasa leucocitaria obtuvieron una baja sensibilidad para ser usadas en el tamizaje de la bacteriuria asintomática durante la gestación; el LR^+ de la esterasa leucocitaria y del nitrito (los dos o cada uno por separado) fue 6,95 (IC 95%= 5,80-8,33), con LR^- de 0,50 (IC 95%= 0,45-0,57) (289). II

Otros test: La interleucina urinaria y el test enzimático rápido se han propuesto

como pruebas de tamizaje alternativas. Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas con 200 pacientes, encontró que estas pruebas tienen sensibilidad de 70% y especificidad del 67% para BA. El test de bioluminiscencia obtuvo una sensibilidad de 93% y especificad de 78 % para BA (283, 290). | II

Tratamiento

Una revisión sistemática que incluyó ocho ECC comparó una dosis única de antibiótico vs. tratamiento durante cuatro a siete días en pacientes con BA. No se encontraron diferencias en la prevención de parto pretérmino (RR=0,81; IC 95%= 0,26-2,57) o la pielonefritis (RR=3,09; IC 95%= 0,54-17,55). Sin embargo, el tratamiento corto tuvo un menor número de efectos adversos gastrointestinales comparado con el tratamiento largo (RR= 0,53; IC 95%= 0,31-9,91) (291). | 1++

Una revisión sistemática con 14 ECC y estudios observacionales que incluyó 2.636 gestantes con diagnóstico de bacteriuria por urocultivo, evaluó el efecto del tratamiento antibiótico de la bacteriuria asintomática persistente durante la gestación para prevenir pielonefritis, bajo peso al nacer y parto pretérmino. El tratamiento fue efectivo para eliminar la bacteriuria asintomática (RR=0,25; IC 95%= 0,14-0,48), disminuyó la incidencia de pielonefritis (RR= 0,23; IC 95%= 0,13-0,41) y redujo la incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer (RR= 0,66; IC 95%= 0,49-0,89). No se encontró diferencia en la incidencia de parto pretérmino (292). | 2+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que una mujer embarazada con urocultivo positivo tiene una alta probabilidad de tener un diagnóstico definitivo de bacteriuria asintomática, mientras que un resultado negativo efectivamente descarta la presencia de bacteriuria. Las tiras que miden nitritos y esterasa leucocitaria tienen una baja sensibilidad para ser usadas en el tamizaje de la bacteriuria. El tratamiento de la bacteriuria con antibióticos es eficaz para reducir las complicaciones del embarazo, principalmente pielonefritis y parto pretérmino

durante la gestación. El consenso de expertos junto con el GDG recomendó un esquema de antibiótico de 7 días.

VAGINOSIS BACTERIANA

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática y metaanálisis con ocho estudios de casos y controles y 11 estudios de cohorte, sumado a un estudio de cohorte transversal con 635 mujeres, encontraron que las mujeres con vaginosis bacteriana tienen mayor probabilidad de parto pretérmino comparado con las mujeres sin vaginosis bacteriana (OR=1,85; IC 95%= 1,62-2,11). Asimismo, se encontró mayor riesgo de parto prematuro si el diagnóstico ocurrió temprano en el embarazo, sin importar si hubo cura espontáneamente al final del mismo (RR= 3,1; IC 95%=1,8- 5,4) (293, 294).	2+, 3
La vaginosis bacteriana puede ser diagnosticada con los criterios de Amsel (flujo homogéneo blanco y fino de color gris, pH > 4,5, liberación de "olor a pescado" con la adición de una solución de KOH y presencia de células guía en la microscopia directa) o con los criterios de Nugent (Gram de frotis vaginal que identifica la proporción de morfotipos bacterianos presentes: una puntuación < de 4= normal, 4-6= intermedio y > 6 = vaginosis bacteriana). El cultivo para *G. vaginalis* no se recomienda como una herramienta diagnóstica, ya que no es específica y la citología cervicouterina tiene limitada utilidad clínica debido a su baja sensibilidad. Un estudio de prueba diagnóstica con 69 gestantes asintomáticas, reportó que los criterios de Amsel para diagnóstico de vaginosis bacteriana, comparado con los criterios de Nugent, obtuvieron una sensibilidad de 56% (IC 95%= 32-78%) y una especificidad de 96% (IC 95%= 90-100%) (295, 296).	II
Una revisión sistemática de un ECC y 4.155 gestantes evaluó el impacto de realizar tamizaje para vaginosis bacteriana, *Trichomona vaginalis* y candidiasis vaginal, vs. no tamizar, en relación con desenlaces como parto pretérmino. El parto pretérmino	1++

antes de la semana 37 de gestación fue menor en el grupo de intervención (RR=0,55; IC 95%= 0,41-0,75), así como la incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer (peso al nacer igual o inferior a 2500 g) (RR=0,48; IC 95%=0,34-0,66) y de recién nacidos prematuros con muy bajo peso al nacer (peso al nacer igual o inferior a 1500 g) (RR=0,34; IC 95%= 0,15-0,75) (297). Una revisión sistemática que incluyó ocho ECC y 9.760 mujeres evaluó el efecto del tamizaje y tratamiento de vaginosis bacteriana en gestantes asintomáticas en relación con el parto pretérmino, el bajo peso al nacer y la ruptura prematura de membranas. En la revisión no se encontraron estudios de detección que compararan una población tamizada con una no tamizada. El análisis meta-analítico que incluyó tres ECC con 1.250 mujeres embarazadas de bajo riesgo, no encontró reducción en el riesgo de parto pretérmino antes de la semana 37 (RAR=-0,019; IC 95%= -0,056 a 0,018). El metanálisis de los 8 ECC encontró que el tratamiento de la vaginosis bacteriana en la población general no disminuyó el riesgo de parto pretérmino antes de la semana 37 (RAR= 0,006; IC 95%= -0,009 a 0,022), el riesgo de parto pretérmino entre 32 y 34 semanas (RAR= 0,006, IC 95%= -0,067 a 0,079), el parto pretérmino antes de la semana 32 (RAR= 0,001; IC 95%= -0,008 a 0,010), el riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer (RAR= 0,000; IC 95%=-0,018 a 0,018), ni la RPM pretérmino (RAR= -0,006; IC 95%=-0,030 a 0,018). El metanálisis realizado con 6 ECC de 1.305 embarazadas de alto riesgo encontró que el tratamiento con la vaginosis bacteriana aumenta el riesgo de parto pretérmino antes de la semana 37 (RAR= -0,193; IC 95%= -0,358 a -0,029) y no tuvo efecto sobre el riesgo de parto pretérmino antes de la semana 34 (RAR= 0,006; IC 95%= -0,067 a 0,079) (298).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El tamizaje de vaginosis bacteriana asintomática se puede realizar con frotis vaginal usando los criterios de Amsel o de Nugent. Sin embargo, la evidencia es contradictoria en relación a la utilidad del tamizaje. Una revisión sistemática de buena calidad con un solo

ECC encontró beneficios del tamizaje y tratamiento de la vaginosis bacteriana para disminuir el riesgo de parto pretérmino y el bajo peso al nacer. Sin embargo, una segunda revisión sistemática con una población grande de gestantes, tanto de bajo como de alto riesgo de parto pretérmino, no encontró ningún efecto sobre la reducción del parto pretérmino y bajo peso al nacer. Por el contrario, encontró que en gestantes de alto riesgo tiene un efecto adverso sobre el parto pretérmino, por lo cual el GDG optó por no recomendar el tamizaje de vaginosis bacteriana asintomática en embarazos de curso normal.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Pruebas de detección de antígenos (EIA, DFA). Dos estudios, uno de de cohorte prospectiva con 827 mujeres menores de 35 años y uno multicéntrico con 1.366 mujeres, estimaron las características operativas de las siguientes pruebas: EIA: sens= 85,7%, esp=95,6%, VPP=72,7%, VPN=98,0%. DFA: sens= 84,6%, esp=96,6%, VPP= 84,6%, VPN= 96,6%. Primer cultivo con paso ciego: sens = 82,1%, VPN=98,8%. Primer cultivo sin paso ciego: sens= 60,7%, VPP= 94,7% (299, 300).	II
Un estudio en Canadá comparó el EIA y DFA con el cultivo de tejido en una cohorte de mujeres embarazadas y estimó las siguientes características operativas: para DFA: sens= 89%, esp=99%, VPP=78%, VPN=99%. Para EIA: sens= 96%, esp=95%, VPP=69%, VPN=99.5% (299-301).	Ib
Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR, LCR). Dos estudios de cohorte prospectiva (478 y 1.245 mujeres, respectivamente) encontraron que el valor diagnóstico de la PCR/LCR fue mejor que el cultivo de muestra endocervical (p = 0,0005). La sensibilidad de las tres pruebas en muestras de endocérvix fue: para el cultivo: 45,5%, para la PCR: 81,8% y para el LCR: 87,9%. El cultivo de muestra de endocérvix obtuvo sensibilidad=30,1% y especificidad=100%. Por su parte, el LCR de	II

endocérvix obtuvo sensibilidad= 90,3%, especificidad=100% y el LCR en muestra de orina sensibilidad=83,9% y especificidad=99,5% (302, 303).

Comparación de EIA/DFA vs PCR/LCR y/o cultivo. Tres estudio de cohorte prospectivo con 419, 204 y 863 gestantes, respectivamente, reportaron las características operativas de las siguientes pruebas(304-306): | II

- Cultivo: sens=66,7%, esp=100%, VPP=100%, VPN=98,5%.
- DFA (≥10 EB): sens= 61,1%, esp=99,8%, VPP=91,7%, VPN=98,3%.
- DFA (≥ 1 EB): sens=77,8%, esp=99,5%, VPP=87,5%, VPN=99,0%.
- EIA: sens=64,7%, esp=100%, VPP=100%, VPN=98,5%.
- PCR: sens=71,4%, esp=100%, VPP=100%, VPN=98,9%.

Prueba de hibridización de ácido nucleíco (DNA probe test). Dos estudios de cohorte prospectivo con 426 y 332 mujeres, encontraron que el DNA probe test tiene las siguientes características operativas: sens=93,9%, esp=99,1%, VPP= 93,9% y VPN= 99,1% (307, 308). | II

Gram /citología. Dos estudios de cohorte con 300 y 519 mujeres, reportaron que, comparado con el DNA probe test, el Gram tiene una sensibilidad de 91% y especificidad de 18%, mientras que la citología tiene una sensibilidad de 2,3% y especificidad de 98,1% (309, 310). | II

Efectividad del Tratamiento: Un ECC con 414 mujeres y tres estudios de cohorte con 1.082, 11.544 y 1.350 mujeres, respectivamente, encontraron que el tratamiento de la infección por *Chlamydia trachomatis* durante el embarazo puede ser eficaz para reducir la incidencia de la RPM (8% vs 11%; p>0,05), el parto prematuro (13% vs 15%; p>0,05) y el bajo peso al nacer (19,6% vs 11,0%; p < 0,0001). Sin embargo, los estudios tienen limitaciones metodológicas importantes. Por tanto, no hay evidencia significativa que sustente que el tratamiento de la infección por *chlamydia* durante el embarazo disminuya la incidencia de resultados | 2-, 2+, 1++

adversos neonatales (neumonía y conjuntivitis) (311-314).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Con evidencia de baja calidad se concluyó que la exactitud diagnóstica de las pruebas, tanto de la detección de antígenos como de la amplificación de ácidos nucleicos, son mejores que el cultivo de tejidos de muestras endocervicales para detección de infección por *Chlamydia trachomatis*. Las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR, LCR) de la primera orina y de muestra endocervical pueden tener una mejor capacidad para detectar infección por *Chlamydia* cuando se comparan con las pruebas de detección de antígenos. Dado que el tratamiento durante el embarazo no ha mostrado beneficio sobre la conjuntivitis y neumonía neonatal, no se recomienda el tamizaje de *C. Trachomatis* durante el embarazo.

CITOMEGALOVIRUS

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Actualmente el tamizaje antenatal no está recomendado porque no es posible determinar con exactitud cuales gestaciones terminarán con un recién nacido infectado, no hay forma de determinar cuáles de los recién nacido infectados tendrán secuelas graves, no hay vacunas, no hay tratamiento profiláctico disponible para prevenir la transmisión vertical y no hay manera de determinar si la transmisión intrauterina ha ocurrido (315-318). | 3, 4

Una revisión sistemática que incluyó 59 estudios, encontró que la probabilidad de transmisión intrauterina después de infección primaria es de 30% a 40%, pero sólo el 1% después de una infección secundaria. Del 10% a 15% de recién nacidos infectados congénitamente tendrán síntomas al nacimiento, y 20% a 30% de ellos morirán, mientras el 5% a 15% de los neonatos asintomáticos infectados desarrollaran secuelas tardías. El diagnóstico de la infección primaria se puede realizar cuando se puede documentar la seroconversión. Desafortunadamente esto | 1+

sólo es posible con programas que identifican una mujer seronegativa y luego, en un seguimiento prospectivo, se documenta la seroconversión (la IgM e IgG de avidez no son especificas). El diagnóstico prenatal de infección por citomegalovirus debe basarse en cultivo o PCR de líquido amniótico. Un estudio incluido con 55 casos encontró que el cultivo tiene una sensibilidad de 30% si es de una muestra tomada antes de la semana 21 de gestación, y de 71% si se toma después. Comparado con el cultivo, un estudio incluido con 102 casos encontró para la PCR en líquido amniótico una sensibilidad de 90,2%, especificidad de 100%, VPP de 100%, y VPN de 90,4%. La efectividad del tratamiento prenatal para la infección fetal no está demostrada, aunque la globulina hiperinmune específica puede ser benéfica. Los autores concluyen que el tamizaje rutinario de la gestante o del neonato nunca ha sido recomendado por ninguna autoridad de salud pública debido a que no hay evidencia de la efectividad de la vacuna y que el tratamiento no ha demostrado ser efectivo. Asimismo, recomiendan que las mujeres seronegativas y aquellas que están en riesgo de adquirir la infección (contacto estrecho con niños menores de 3 años) deben ser educadas acerca de las conductas adecuadas para prevenir la infección durante el embarazo (319).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El tamizaje rutinario del citomegalovirus durante el control prenatal no está recomendado porque no hay vacunas, no hay tratamiento profiláctico disponible para prevenir la transmisión vertical y no hay manera de determinar si la transmisión intrauterina ha ocurrido. Como alternativa al tamizaje rutinario, las mujeres que estén en riesgo de adquirir la infección, sobre todo aquellas que están en contacto estrecho con niños menores de 3 años, deben ser educadas acerca de las conductas adecuadas para prevenir la infección durante el embarazo.

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un ECC con 477 gestantes sumada a una revisión sistemática encontraron que la transmisión madre a hijo de VIH se estimó en 25,5%, y que se redujo a 8% con tratamiento antirretroviral. Con cualquier régimen de zidovudina se redujo en 54% (OR=0,46; IC 95%= 0,35-0,60). Con terapia antirretroviral combinada el riesgo de transmisión vertical se redujo en 87% (OR=0,13; IC 95%= 0,06-0,27) (320, 321).	1+
Un estudio de cohorte con 2.834 casos de recién nacidos con VIH encontró que la combinación de intervenciones (terapia antirretroviral combinada, cesárea y suprimir la lactancia) puede reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo a 1% (322).	2+
La forma más común de diagnosticar la infección por el VIH es una prueba de anticuerpos contra el VIH-1 y VIH-2. Los anticuerpos contra el VIH se detectan en un 95% de los pacientes dentro de los tres meses siguientes a la infección. Asimismo, el diagnóstico precoz del VIH mejora los resultados para la madre y puede reducir la tasa de progresión de la enfermedad (323).	4
Una guía de práctica clínica de Canadá junto con una revisión sistemática de la literatura, reportaron que las pruebas de VIH disponibles tienen una sensibilidad y especificidad del 99% para la detección de anticuerpos del VIH (321, 324).	4, Ia
Diferentes autores han establecido que los dos componentes del tamizaje de VIH durante el control prenatal son la asesoría pretest y el uso de pruebas diagnósticas. Las pruebas disponibles para diagnosticar VIH en mujeres embarazadas son la prueba de ELISA, la prueba rápida y el Western Blot. La prueba de ELISA tiene una sensibilidad mayor a 99% y una especificidad de 99%. Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas con 31.232 muestras recomendó que el protocolo diagnóstico debe basarse en el resultado de dos	3,II

pruebas de ELISA; si los resultados son no reactivos, se puede generar un informe negativo. Si la reacción es positiva, se debe realizar prueba confirmatoria con Western Blot (324, 325).

Una revisión sistemática de siete estudios de pruebas diagnósticas que incluyó 5.744 mujeres encontró que la prueba rápida es una alternativa a la prueba de ELISA en casos que se requiera conocer el resultado en 10 a 30 minutos. Comparado con la prueba de ELISA, se encontró que la prueba rápida tiene sensibilidad de 100%, especificidad de 99,9%, VPP de 90% y VPN de 100% (321). Ia,4

El CDC recomienda que todas las mujeres embarazadas sean tamizadas para la infección por VIH lo más temprano posible en el embarazo. El tamizaje, a menos que ella se niegue, debe realizarse después que a la mujer se le notifique que la prueba del VIH es parte del panel de pruebas de rutina del control prenatal. A las mujeres que se nieguen al tamizaje, el personal de salud debe responder a sus objeciones y seguir insistiendo para su realización a lo largo del embarazo. Las mujeres que se nieguen porque han tenido previamente una prueba negativa de VIH deben ser informadas de la importancia de volver a realizar la prueba durante cada embarazo. Asimismo recomienda realizar otra prueba de tamizaje en el tercer trimestre (preferiblemente antes de la semana 36) sobre todo en mujeres con alto riesgo de contraer la infección por VIH (por ejemplo, las mujeres que consumen drogas ilícitas, tienen enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo, tienen múltiples parejas sexuales durante el embarazo, viven en áreas con alta prevalencia del VIH, o que tienen parejas infectadas por el VIH). La prueba rápida de detección del VIH se debe realizar en cualquier mujer que ingresa para atención del parto y cuyo estatus de VIH se desconoce. Si el resultado de la prueba rápida es positivo, debe administrarse profilaxis antirretroviral sin esperar a los resultados de la prueba confirmatoria (326).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Se encontró evidencia de buena calidad para recomendar el tamizaje de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) basado en los resultados obtenidas en las mujeres portadoras de VIH que reciben una terapia antirretroviral combinada más cesárea. La literatura muestra que un protocolo de tamizaje durante el control prenatal debe basarse en asesoría y pruebas de tamizaje con ELISA o con pruebas rápidas. Ante un resultado positivo, el diagnóstico final debe confirmarse con una prueba de Western Blot.

MALARIA.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un ECC que incluyó 3.333 gestantes asignó aleatoriamente a las participantes en tres grupos, uno con tratamiento preventivo intermitente según recomendación de la OMS con sulfadoxina más pirimetamina (S-P), un segundo con esquema de tamizaje en las semanas 24, 32 y 36, y tratamiento con S-P cuando la prueba rápida fuese positiva, y un tercer grupo con esquema de tamizaje y manejo activo con artesumato más amodiaquina (A-A) cuando el test rápido de malaria fuera positivo. Se encontró una prevalencia de malaria de 29,6% en primigestantes y 10,2 % en multigestantes. A todas las gestantes se les realizó manejo activo del vector con base en insecticidas de larga duración en el domicilio. El riesgo de anemia o bajo peso al nacer no fue diferente entre los tres grupos (para tamizaje y manejo con S-P vs. tratamiento preventivo intermitente con S-P: RD=-1,17; IC 95%= -4,39 a 1,02. Para tamizaje más manejo con A-A vs. manejo preventivo con S-P: RD= 0,78; IC 95%= -2,11 a 3,68). El riesgo de anemia severa (menor de 8 g/dL) durante el tercer trimestre de gestación fue muy similar en los tres grupos (tamizaje más manejo con S-P vs. tratamiento preventivo intermitente con S-P: RD = 0,29; IC 95%= -0,69 a 1,30. Para tamizaje más manejo con A-A vs. tratamiento preventivo intermitente con S-P y RD = -0,36; IC 95%= -1,12 a 0,44) (327).	1+
Un estudio de cohorte prospectiva anidado en un ECC que incluyó 1.030 gestantes,	2++

comparó el tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina más pirimetamina con placebo. Se encontraron 58 muertes entre los 997 niños nacidos vivos. El riesgo de morir durante la infancia fue mayor entre los lactantes nacidos de mujeres con infección placentaria aguda por malaria (OR=5,08; IC 95%=1,77-14,53), o con parasitemia en sangre del cordón umbilical (OR=19,31; IC 95%= 4,44-84,02). Los hijos de mujeres con episodios de malaria durante la gestación o con infección placentaria aguda por malaria tuvieron mayor riesgo de episodios de malaria durante la gestación (OR=1,96; IC 95%= 1,13-3,41) y de infección placentaria aguda (OR= 4,63; IC 95%= 2,10-10,24). No se encontró impacto sobre la mortalidad infantil ni sobre episodios de malaria clínica infantil en el grupo placebo, ni en el grupo que recibió tratamiento con sulfadoxina-pirimetamina (OR= 0,44; IC 95%; 0,13-1,49 y OR=1,28; IC 95%=0,90-1,83, respectivamente) (328).

Una revisión sistemática incluyó seis ECC que abordaron la prevención de la malaria durante el embarazo. Se encontró que el tratamiento preventivo intermitente (TPI) y los mosquiteros tratados con insecticida de mosquitos (MTI) pueden reducir la mortinatalidad en 22%. Sin embargo, los resultados no fueron estadísticamente significativos (RR=0,78; IC 95%= 0,59-1,03) (329). 1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Los resultados de esta revisión sugieren que es muy importante evitar la infección por malaria durante el embarazo mediante el uso de mosquiteros y tratamiento profiláctico, dado que la infección placentaria y la parasitemia en sangre del cordón umbilical al final de la gestación incrementan la mortalidad y morbilidad infantil. El GDG y el consenso de expertos recomendó que en un área de transmisión moderadamente alta de la malaria, el tamizaje y manejo a las gestantes parasitadas con sulfadoxina + pirimetamina o artesumato + amodiaquina, acompañados del uso de mosquiteros tratados con insecticida, puede ser una estrategia segura y eficaz para el control de la malaria durante la gestación.

PARASITISMO INTESTINAL

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un ECC que incluyó 2.507 mujeres embarazadas evaluó la eficacia del albendazol y praziquantrel en el control de la anemia debida a parasitismo intestinal. Se encontró una prevalencia de 45% para helmintos, 45% de anquilostomiasis, y 18% de *Schistosoma mansoni* con un 40% de gestantes anémicas (hemoglobina <11,2 g / dL). No hubo efecto significativo de albendazol (OR= 0,95; IC 95%= 0,79-1,15) o del praziquantel (OR= 1,00; IC 95%= 0,83-1,21) sobre la anemia materna, pero se encontró un leve beneficio del albendazol en las mujeres con anquilostomiasis moderada a severa (OR = 0,45, IC 95%= 0,21-0,98). No hubo efecto de cualquier tratamiento antihelmíntico en el peso medio al nacer o el porcentaje de bajo peso al nacer (DM con albendazol= 0,00 kg; IC 95%= -0,05 a 0,04 kg. DM con praziquantel= -0,01 kg; IC 95%=- 0,05 a 0,04 kg). El uso de antihelmínticos durante el embarazo no mostro ningún efecto sobre la mortalidad perinatal (330).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia, limitada y de moderada calidad, muestra que no hay beneficio del tamizaje de parasitismo intestinal, dado que el tratamiento antiparasitario no muestra ningún beneficio durante un embarazo de curso normal para prevenir la anemia severa y el bajo peso al nacer.

RUBEOLA

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas con 852 pacientes, encontró que la IgM para rubéola alcanzó una sensibilidad entre 99 y 100% y especificidad entre 82% y 100%, dependiendo de la casa productora de la prueba (331). En dos estudios de cohortes se encontró que el riesgo de infección fetal en madres con infección confirmada varió dependiendo de la edad gestacional. En el	II

primer trimestre se encontró entre 57 a 80%, y se redujo a 22 a 25% al final del segundo trimestre. Cuando la infección se adquirió antes de la semana 11, el 100% de los recién nacidos tuvieron defectos congénitos asociados a la rubéola (332, 333).	2++
La vacunación contra la rubéola durante el embarazo está contraindicada pues puede ser teratogénica. Sin embargo, en un estudio publicado donde fueron vacunadas 680 mujeres inadvertidamente en el primer trimestre del embarazo, no se encontró ningún recién nacido con el síndrome de rubéola congénita. El tamizaje de anticuerpos contra la rubéola durante el embarazo ayuda a identificar las mujeres susceptibles de vacunación en el postparto para proteger futuros embarazos (334).	3
Una revisión sistemática encontró que 80% de los fetos incluidos se infectaron cuando la gestante se infectó con rubéola en el primer trimestre. Esta cifra disminuyó a 25% si la infección fue al final del segundo trimestre, aumentó a 35% si ocurrió entre la semana 27–30 y llegó a 100% si fue alrededor de la semana 36. El riesgo de malformaciones congénitas es del 90% si la infección materna ocurrió antes de la semana 11 de gestación, 33% si ocurrió entre la semana 11 a 12, 11% entre la semana 13–14, 24% entre semana 15 a 16 y 0% después de la semana 16. El diagnóstico de infección materna debe hacerse con pruebas serológicas específicas contra rubéola IgG e IgM. La vacuna contra la rubéola no debe administrarse durante el embarazo, pero se puede administrar con seguridad después del parto. Las mujeres que han sido vacunadas de forma inadvertida en el embarazo temprano o que estén embarazadas inmediatamente después de la vacunación pueden estar seguras, ya que no se ha documentado ningún caso de síndrome de rubéola congénita. Las mujeres que desean concebir deben ser aconsejadas y remitidas a una consulta preconcepcional para determinar su estado de anticuerpos y vacunarse contra la rubéola si es necesario (335).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia recomienda el tamizaje rutinario de rubéola en el embarazo. Idealmente debe realizarse en una consulta preconcepcional para seleccionar las mujeres que deben vacunarse. El estado de inmunidad materna debe evaluarse antes de la semana 16 por la alta probabilidad de compromiso fetal en el primer trimestre. La infección materna durante el embarazo se debe documentar con pruebas serológicas específicas contra rubéola IgG e IgM.

SÍFILIS

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Hay dos tipos de pruebas serológicas para la sífilis: las treponémicas y las no treponémicas. Las pruebas no treponémicas detectan anticuerpos no específicos treponémicos e incluyen la *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL) y la *Rapid Plasma Reagin* (RPR). Las pruebas treponémicas detectan anticuerpos específicos contra treponema e incluyen: La *Treponema pallidum particle agglutination* (TPPA) y la *Fluorescent treponemal antibody-absorbed test* (FTA-ABS). Las pruebas treponémicas tienen una sensibilidad >98% y especificidad superior al 99%. Las pruebas no treponémicas, por el contrario, puede dar resultados falsos negativos, especialmente en la sífilis temprana o tardía, en pacientes con reinfección o en aquellos que son VIH positivos. El VPP de las pruebas no treponémicas es pobre cuando se utilizan solas en poblaciones de baja prevalencia. En general, las pruebas treponémicas tienen sensibilidad >98% en todas las etapas de la sífilis (excepto en sífilis primaria) y son más específicas (98% a 99%) que las pruebas no treponémicas. Ninguna de estas pruebas serológicas detecta sífilis en su etapa de incubación, la que puede durar un promedio de 25 días (34, 336).

4

Un resultado reactivo en el tamizaje requiere de confirmación con una prueba treponémica diferente de sensibilidad igual a la utilizada inicialmente y, preferiblemente, que tenga mayor especificidad. Un resultado discrepante en la

prueba confirmatoria necesita de otras pruebas. Si se trata de una gestante, esta debe ser remitida para evaluación y manejo por un médico especialista. Para evaluar el estadio de la infección o para monitorear la eficacia del tratamiento, se debe realizar una prueba cuantitativa no treponémica o una prueba específica para IgM treponémica (34, 337).	4
Una revisión sistemática de estudios de cohorte que incluyó 13.575 mujeres, estimó el efecto de la detección y el tratamiento de la sífilis activa en la gestación con al menos 2.4 millones de UI de penicilina benzatínica sobre los resultados perinatales relacionados con la sífilis. Se encontró una reducción en la incidencia de la sífilis congénita clínica del 97% (IC 95%= 93-98%) con la detección y el tratamiento de mujeres con sífilis activa en el embarazo. Los resultados del metanálisis sugieren que el tratamiento con penicilina se asoció con una reducción del 82% en la muerte del feto (IC 95%= 67-90%), una reducción del 64% en el parto prematuro (IC 95%= 53-73%) y una reducción del 80% en las muertes neonatales (IC 95%= 68-87%) (338).	2+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La tamización durante el control prenatal se debe hacer con pruebas no treponémicas como la VDRL o RPR, pero dado que su valor predictivo positivo es pobre cuando se utilizan solas en poblaciones de baja prevalencia, y que pueden proporcionar resultados falsos negativos especialmente en la sífilis temprana o tardía y en pacientes con reinfección, se debe confirmar un resultado positivo en bajas diluciones con una prueba treponémica específica como el FTA-ABS o TPPA. La detección apropiada y el tratamiento temprano con penicilina benzatínica es una intervención altamente efectiva para reducir la transmisión vertical y los resultados perinatales adversos relacionados con la sífilis durante la gestación.

HEPATITIS B

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA

Un estudio de corte transversal que incluyó 62 pacientes encontró que aproximadamente 85% de los recién nacidos que nacen de madres con antígeno para hepatitis B positivo serán portadores de HBsAg y por ende portadores crónicos, comparado con el 31% de los recién nacidos hijos de madres seronegativas (RR=2,8, IC95%=1,69-4,47) (339). Un estudio de cohorte con 22.707 estimó que los portadores crónicos de HBsAg tienen 22 veces más probabilidad de morir por carcinoma hepatocelular o cirrosis comparado con lo no portadores (OR= 22,3; IC 95%= 11,5- 43,2) (340).	3 2+
Para prevenir la transmisión de madre a hijo, todas las embarazadas que son portadoras del virus de la hepatitis B deben ser identificadas. El tamizaje en sangre del virus de la hepatitis B debe realizarse con antígeno de superficie (HBsAg) y ante un resultado positivo se necesita una prueba confirmatoria para determinar cuando el recién nacido va a necesitar además de la vacuna, la aplicación de inmunoglobulina. Dos estudios de corte transversal con 15.399 y 88 mujeres, encontraron que si se tamizan sólo las mujeres de alto riesgo identificadas por factores de riesgo se podrían perder aproximadamente la mitad de mujeres infectadas. Igualmente reportaron que el tamizaje para HBsAg en saliva tiene una sensibilidad de 92% (IC 95%= 84,5%-99,5%) y una especificidad de 86.8% (IC 95%= 76,0-97,6%) cuando se compara con la muestra en suero (341, 342).	3
Una reporte que incluyó dos revisiones sistemáticas, una con cuatro ECC y otra con 29 ECC y 705 recién nacidos, recomendó el tamizaje de la hepatitis B ya que ayuda a definir cuales neonatos se beneficiaran de alguna intervención para disminuir el riesgo de transmisión. Las dos revisiones sistemáticas compararon la vacunación contra la hepatitis B en el neonato contra placebo o ninguna intervención y encontraron que la vacunación sola resultó en una reducción significativa en la	1+

transmisión del virus de la hepatitis B (RR=0,28; IC 95%; 0,20-0,40). La combinación de la vacuna más globulina hiperinmune disminuyó significativamente el riesgo de transmisión del virus comparado con placebo (RR= 0,08; IC 95%= 0,03-0,17) Además, la combinación de la vacuna contra la hepatitis B más la globulina hiperinmune contra la hepatitis B al nacer fue más eficaz que la vacunación sola contra hepatitis B en la prevención de la transmisión del virus (RR=0,54; IC 95%= 0,41-0,73) (343).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Evidencia de buena calidad recomienda el tamizaje de rutina para la infección por el virus de la hepatitis B en la primera visita prenatal, debido al beneficio ampliamente demostrado que en los recién nacidos de madres positivas, la profilaxis con vacuna sola o asociada a inmunoglobulina hiperinmune reduce la transmisión perinatal de la infección por el virus de la hepatitis B. No se encuentra evidencia de efectos adversos de la detección de infección por el virus de la hepatitis B en mujeres embarazadas.

Debido a que la proporción de casos de transmisión vertical que se pueden prevenir a través de la vacunación e inmunización es alta y que la tamización mediante la identificación de factores de riesgo no es buena para detectar los portadores, el GDG y el consenso de expertos recomendaron que todas las mujeres embarazadas sean tamizadas para el virus de la hepatitis B con HBsAg, idealmente en el primer trimestre del embarazo.

CONCLUSIONES DE EVALUACIONES ECONÓMICAS (PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA TAMIZAJE DE BACTERIURIA ASINTOMATICA)

(Para una revisión completa de las evaluaciones económicas, ver Anexo 8)

El objetivo de esta evaluación fue estimar la razón de costo-efectividad incremental del urocultivo, la tinción de Gram y el parcial de orina solos, comparados con el urocultivo dependiendo del resultado del parcial de orina, para evitar casos de pielonefritis y de partos pretérmino en las gestantes con bacteriuria asintomática (BAS).

Los resultados de la EE muestran que si el umbral de disponibilidad a pagar del sistema de salud es superior a $877.494 por caso adicional de pielonefritis evitado, o superior a

$13.895.576 por caso adicional de parto pretérmino evitado, el urocultivo es la alternativa costo efectiva. Para umbrales entre $314.914 y $877.494 por caso adicional de pielonefritis evitada, o entre $1.399.593 y $1.895.576 por caso adicional de parto pretérmino evitado, la tinción de Gram es costo-efectiva. Para umbrales menores, el parcial de orina sin urocultivo confirmatorio es costo-efectivo. El urocultivo confirmatorio ante resultado positivo del parcial de orina es una estrategia dominada en todos los casos. (Las cifras presentan órdenes de magnitud, en ese sentido no se pueden asumir como cifras exactas sino como aproximaciones a la realidad útiles para la toma de decisiones).

Las variables que tienen un mayor impacto sobre los resultados del modelo para casos de pielonefritis son la probabilidad de tener pielonefritis cuando la BAS no es detectada ni tratada a tiempo y la especificidad de la tinción de Gram. En el modelo para parto pretérmino, las variables con mayor impacto son el costo de la tamización de BAS con urocultivo, la probabilidad de tener un parto pretérmino cuando la BAS no es detectada ni tratada a tiempo, y la especificidad de la tinción de Gram.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda ofrecer a las gestantes tamizaje de bacteriuria asintomática por medio de urocultivo y antibiograma, idealmente antes de la semana 16 de gestación o cuando la paciente ingrese al control prenatal.
A	Se recomienda el tratamiento de la bacteriuria asintomática con un esquema de siete días de acuerdo al perfil de resistencia y sensibilidad reportadas.
√	Se recomienda realizar seguimiento con urocultivo a las pacientes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática.
B	No se recomienda continuar el tamizaje de bacteriuria asintomática en las gestantes con un primer urocultivo negativo.
√	En caso de recidiva o resistencia de la infección por bacteriuria asintomática, se recomienda que la paciente sea referida a continuar su control por obstetricia.
A	No se recomienda ofrecer a las mujeres embarazadas asintomáticas tamizaje rutinario de vaginosis bacteriana, ya que la evidencia muestra que en embarazos de bajo riesgo no hay efectos benéficos del tratamiento sobre el parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas pretérmino ni otros resultados adversos en el embarazo.
B	No se recomienda ofrecer un programa de tamizaje de *Chlamydia trachomatis* como parte del control prenatal de rutina en mujeres asintomáticas.
B	En mujeres con embarazo de curso normal no se recomienda ofrecer tamizaje rutinario para citomegalovirus.
C	Se recomienda dar consejería sobre las medidas para prevenir la infección por citomegalovirus durante el embarazo, tales como:

	1. Suponga que todos los niños menores de 3 años que tiene a su cuidado tienen citomegalovirus en la orina y la saliva. 2. Lávese bien las manos con jabón y agua después de: • Cambiar los pañales y manipular la ropa sucia de alimentos del niño. • Limpiar la nariz o la saliva del niño. • Manipular los juguetes, chupos o cepillos de dientes que estuvieron en contacto con saliva. 3. No compartir vasos, platos, utensilios, cepillos de dientes o alimentos. 4. No besar a su hijo en o cerca de la boca. 5. No compartir toallas o paños con su hijo. 6. No dormir en la misma cama con su hijo.
A	Se recomienda que el diagnóstico presuntivo del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se realice con prueba rápida o ELISA convencional de tercera generación en la cita de inscripción al control prenatal y en el tercer trimestre, ya que una intervención oportuna y adecuada puede reducir la transmisión de madre a hijo.
A	En mujeres con dos resultados reactivos de las pruebas presuntivas, se recomienda confirmar el diagnóstico de VIH con Western Blot.
D	Se recomienda que cada centro de atención disponga de un sistema de referencia adecuado que garantice que las mujeres diagnosticadas con la infección por VIH sean atendidas por un equipo de especialistas adecuado.
C	Se recomienda que las mujeres que se nieguen al tamizaje de VIH sigan recibiendo una atención prenatal óptima y sus argumentos deben quedar documentados en la historia clínica, promoviendo en los demás controles prenatales que se la realice.
A	En gestantes de zonas endémicas de malaria con fácil acceso a los servicios de salud, se recomienda el tamizaje de rutina para malaria con gota gruesa.
B	Para zonas endémicas de malaria con difícil acceso a los servicios de salud, se recomienda tratamiento intermitente con 3 dosis de sulfadoxina + pirimetamina a las semanas 26, 32 y cerca a la semana 36.
B	Desde el comienzo del embarazo y hasta el puerperio se recomienda tomar medidas preventivas específicas para prevenir la infección por malaria como los mosquiteros medicados, entre otras.
B	No se recomienda el tamizaje rutinario de parasitismo intestinal en gestantes asintomáticas.
A	Se recomienda que el tamizaje para rubéola sea ofrecido idealmente en la consulta preconcepcional y rutinariamente antes de la semana 16 de gestación.
B	Se recomienda ofrecer el tamizaje para sífilis a todas las gestantes desde la inscripción al control prenatal, ya que el tratamiento de la sífilis es beneficioso tanto para la madre como para el feto.
B	Se recomienda el tamizaje de rutina para la sífilis con pruebas serológicas en cada trimestre del embarazo. En caso de un resultado reactivo menor a 1:8 diluciones se debe realizar prueba confirmatoria mediante una prueba treponémica específica.
A	En caso de un resultado reactivo mayor o igual a 1:8 diluciones se recomienda el tratamiento con penicilina G benzatínica para las mujeres embarazadas.
√	Se recomienda el reporte y seguimiento de las mujeres embarazadas a quienes se les diagnostique sífilis de acuerdo a las directrices del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
A	Se recomienda ofrecer a las gestantes el tamizaje serológico para el virus de la hepatitis B, a fin de garantizar en el puerperio una intervención adecuada para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo.

28. ¿SE RECOMIENDA LA TAMIZACIÓN DEL ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B (EGB) EN EL CONTROL PRENATAL DE EMBARAZOS DE CURSO NORMAL?

El estreptococo del grupo B (*Streptococcus agalactiae*, EGB) es la principal causa de infección neonatal precoz grave. El estreptococo puede estar presente de manera sintomática o asintomática en el tracto genital o gastrointestinal de las mujeres. La prevalencia reportada en diferentes regiones del mundo oscila entre el 10 al 28%. La colonización intraparto del neonato puede dar lugar a neumonía, meningitis, sepsis y muerte. Se calcula que el 80% de los casos de sepsis neonatal por estreptococo del grupo B se deben a transmisión durante el parto.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un estudio de corte transversal con 826 mujeres encontró que el cultivo de hisopado vaginal y rectal tomado entre 1 y 5 semanas (semanas 35 a 37 de gestación) previa al parto obtuvo sensibilidad de 87% y especificidad de 96%, mientras el cultivo tomado hasta 6 semanas antes del parto obtuvo sensibilidad de 43% y especificidad de 85% para la detección de mujeres que estaban colonizadas al momento del parto (344).	3
Un estudio de validación de 5.586 cultivos de mujeres embarazadas mostró que el hisopado de la vagina y el recto proporcionaron el más alto valor predictivo para identificar mujeres colonizadas por EGB (73%), comparado con el cultivo rectal sólo (69%) o el cultivo vaginal sólo (60%) (345).	II
Un estudio de cohorte prospectivo con 5.144 gestantes comparó el impacto sobre la infección neonatal precoz al dar tratamiento a los casos detectados mediante cultivos rutinarios de todas las gestantes vs. tratamiento a mujeres susceptibles por factores de riesgo durante el parto. Se encontró que el riesgo de infección neonatal precoz se disminuyó en más del 50% en el grupo al que se le realizó cultivo, en comparación con las que recibieron antibiótico por tener factores de riesgo (RR=	2+

0,46; IC 95%= 0,36-0,60) (346).	
Una revisión sistemática de cinco ECC comparó el tratamiento antibiótico intraparto para reducir la infección perinatal por EGB comparado con no tratamiento. Con 4 ECC y 624 gestantes se encontró una disminución en la colonización de los neonatos (OR= 0,10; IC 95%= 0,07-0,14). Asimismo, con 4 ECC y 7.551 gestantes se encontró una disminución de la sepsis neonatal por EGB (OR= 0,17; IC 95%= 0,07-0,39). Finalmente, en dos ECC con 427 gestantes, no se encontró disminución de la mortalidad neonatal por infección (OR= 0,12; IC 95%= 0,01-2,0) (347).	1++
Una revisión sistemática de nueve ECC comparó el tratamiento antibiótico antes y durante el trabajo vs. placebo. Se encontró, después del análisis estadístico de cinco ECC y 872 pacientes, una reducción de la colonización materna al momento del parto de 80% (OR= 0,188; IC 95%= 0,07-0,53). También se encontró, en el análisis estadístico de 5 ECC y 230.405 pacientes, una disminución de la sepsis neonatal precoz del 68% (OR=0,31; IC 95%= 0,25–0,42) (348).	2++
Un ECC con 15 pacientes comparó el uso de clindamicina crema vaginal vs. placebo en mujeres con cultivo positivo a las 26–28 semanas de gestación. No se encontraron diferencias en la reducción de la colonización materna (RR=1,33; IC 95%= 0,76-2,35) ni en la colonización de los neonatos (RR= 1,33; IC 95%= 0,13-10,25) (349).	1+
Una revisión sistemática de siete estudios prospectivos y dos estudios retrospectivos incluyó 25.664 mujeres, de las cuales a 8.898 se les realizó tamizaje con cultivo para EGB. Los estudios evaluaron el mejor momento para realizar el tamizaje para EGB. Se encontró una prevalencia de colonización por EGB que osciló entre 6 a 29% con una media de 18% en el periodo antenatal y entre 6 a 28% al momento del parto para una media del 20%. El valor predictivo positivo (VPP) del cultivo para EGB tomado en cualquier momento osciló entre 43 a 100% (media= 69%) con valor predictivo negativo (VPN) de 80 a 100% (media= 94%). Cuando los cultivos en los estudios prospectivos fueron hechos con una media de 30,6 semanas	II

antes del parto, el VPP y VPN fue 63,3% y 94,2% con una media de 61 y 95% respectivamente. Dependiendo si el cultivo se tomó antes de la semana 35 o después de la semana 35 de gestación, el VPP fue 58,8% y 70,2% y VPN fue 93,0% y 95,2%, respectivamente. En los estudios retrospectivos, el VPP fue 74,9% y VPN 92,9%. Los resultados muestran que el VPP disminuyó cuando el intervalo entre la toma del cultivo y el parto fue mayor a 6 semanas (350).

El *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) en 2010 recomendó realizar tamizaje universal para EGB con cultivo dentro de las 5 semanas anteriores al parto, basado en que el VPN de los cultivos para EGB en este intervalo de tiempo asciende a 95-98% y decrece perdiendo su utilidad clínica cuando es realizado con intervalo superior a 5 semanas antes al parto. Igualmente recomendó que el tamizaje debe hacerse con cultivo de hisopado rectal y vaginal entre la semanas 35 a 37 de gestación, pero si se detecta EGB en un urocultivo no recomiendan realizar tamizaje con cultivo rectal y vaginal pero si dar tratamiento en el momento del parto (351). 4

Un estudio de cohorte prospectivo evaluó la efectividad del urocultivo para identificar gestantes colonizadas por EGB. Se incluyeron 1.036 pacientes a las cuales se les tomó urocultivo como tamizaje para bacteriuria asintomática o como indicación de control por infección urinaria. A todas las gestantes del estudio se les tomó muestras para urocultivo en cualquier momento de embarazo y muestras recto vaginales para tamizaje de colonización por estreptococo B en la semana 35 a 37 de gestación. Con las muestras de orina se identificó la presencia de EGB en el 10,7% de la población. El 66,6% de estas gestantes presentó un recuento de EGB en orina inferior a 10^4 UFC/mL. El cultivo rectovaginal entre las semanas 35 y 37 de gestación identificó pacientes con EGB en 13,4% de las gestantes. Fue positivo en el 60,7% de las gestantes con bacteriuria positiva por EGB y en el 10% de las embarazadas con urocultivo negativo (p=0,001). El aislamiento de EGB en orina durante el embarazo incrementó 6 veces el riesgo de tener un cultivo rectovaginal 2+

positivo entre la semana 35 y 37 de gestación (RR=6,1; IC 95%= 3,8-9,7%) (352).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Para prevenir la sepsis neonatal temprana por EGB la literatura reporta dos alternativas: iniciar antibiótico en las pacientes con factores de riesgo como parto pretérmino, temperatura intraparto ≥38,0 ºC o ruptura prematura de membranas ≥18 horas o tamizar a todas las mujeres en el embarazo. La alternativa con mejor costo/beneficio es tamizar para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal en la semana 35 a 37 de gestación. La literatura también reporta que incorporar la búsqueda activa de EGB en el urocultivo de las gestantes tiene un buen rendimiento operativo para la identificación de gestantes colonizadas candidatas a recibir profilaxis durante el parto. Por otra parte, no hay estudios que comparen el tamizaje antenatal con el no tamizaje, ni estudios que comparen diferentes estrategias de tamizaje. El consenso de expertos resaltó la recomendación de tamizar la infección por estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal a la semana 35–37 y obtener estadísticas nacionales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B (↑)	Se recomienda realizar la tamización de rutina para Estreptococo del Grupo B (EGB) durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal.
B (↑)	Si se detecta presencia de Estreptococo del Grupo B (EGB) en un urocultivo tomado en el último trimestre, se recomienda dar tratamiento intraparto sin necesidad de realizar la tamización con cultivo rectal y vaginal.

29. ¿CUALES SON LOS SÍNTOMAS QUE DEBEN CONSIDERARSE COMO INDICADORES DE ALARMA DE PATOLOGÍAS MÉDICAS QUE PUEDEN COMPLICAR EL EMBARAZO?

Las patologías que complican el embarazo, principalmente en la segunda mitad del embarazo, usualmente se presentan con síntomas que al ser identificados precozmente por la paciente e informados al médico son susceptibles de recibir tratamiento, disminuyendo de esta manera la morbilidad y mortalidad materna y fetal en general.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Síntomas de preeclampsia.

Una revisión sistemática de seis estudios de cohorte y casos y controles con 2.573 mujeres, evaluó la exactitud de los síntomas para predecir complicaciones en mujeres con preeclampsia. Se encontró que la cefalea obtuvo una sensibilidad de 54% (IC 95%= 0,27–0,79) y especificidad de 59% (IC 95%= 0,38–0,76) para predecir resultados maternos adversos (LR^+= 1,3 y LR^-= 0,79). La mayor sensibilidad (98%) fue reportada para predecir eclampsia y su más alta especificidad (87%) fue para la predicción del síndrome HELLP. El área bajo la curva ROC para cualquier resultado adverso materno fue 0,58 (IC 95%= 0,24-0,86). La epigastralgia obtuvo una sensibilidad y especificidad para predecir eventos maternos adversos de 34% (IC 95%= 22-50) y 83% (IC 95%= 76-89), respectivamente. La máxima sensibilidad (68%) y especificidad (92%) se encontraron en la predicción de síndrome HELLP. El área bajo la curva ROC para cualquier desenlace materno adverso fue 0,70 (IC 95%= 0,30-0,93). Las alteraciones visuales obtuvieron una sensibilidad y especificidad de 27% (IC 95%= 7-65) y 81% (IC 95%= 71-88), respectivamente. El área bajo la curva ROC para cualquier desenlace materno adverso fue 0,74 (IC 95%= 0,33–0,94). Para el vómito la más alta sensibilidad (47%) y especificidad (92%) reportada fue para la predicción de síndrome HELLP. La sensibilidad y especificidad para cualquier desenlace materno adverso fue 24% y 87%, respectivamente (353).	II

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

Una revisión sistemática de 10 estudios de casos y controles estudió la prevalencia, complicaciones del embarazo y manejo óptimo de las gestaciones que presentaron hemorragia de origen desconocido en la segunda mitad del embarazo, excluyendo los estudios cuya causa de hemorragia se dió por abrupcio de placenta o placenta previa. Se encontró una incidencia de 2% de hemorragias	2+

de causa desconocida en la segunda mitad del embarazo. La hemorragia se asoció con un riesgo significativo de parto pretérmino antes de las 37 semanas (OR=3,17; IC 95%= 2,76-3,64), de muerte fetal en útero (OR= 2,09; IC 95%= 1,43-3,06) y para anomalía cromosómica (OR=1,42; IC 95%= 1,07-1,87) (354).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia de esta revisión sugiere que tamizar la presencia de síntomas como cefalea, epigastralgia, alteraciones visuales y vómito resulta útil para predecir desenlaces maternos adversos relacionados con complicaciones como el síndrome HELLP. Dado que estos síntomas tienen mejor especificidad que sensibilidad, su presencia es más útil para predecir complicaciones de la preeclampsia mientras que su ausencia no las excluye. La presencia de hemorragia en la segunda mitad del embarazo, de causa diferente a placenta previa y abrupcio, se asocia con parto pretérmino y muerte fetal en útero. No se encontró evidencia de tamización de síntomas de otras patologías o asociados a complicaciones del embarazo como parto pretérmino, infección de vías urinarias o infección respiratoria viral por lo cual estas recomendaciones se basan en la experiencia del GDG y del consenso de expertos.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda advertir a todas las gestantes la necesidad de consultar por urgencias si experimentan algunos de los siguientes síntomas asociados a preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP: • Cefalea severa. • Alteraciones visuales como visión borrosa o fosfenos. • Dolor epigástrico. • Vómito. • Edema matutino de cara, manos o pies.
B	Se recomienda advertir a las embarazadas que deben consultar por urgencias si se presenta sangrado durante el embarazo, ya que se asocia con resultados adversos como aborto, placenta previa, abrupcio de placenta, parto pretérmino, muerte fetal in útero y anomalías congénitas.
√	Se recomienda advertir a las embarazadas que el dolor abdominal tipo cólico irradiado a la espalda o a la cara anterior de los muslos, el aumento de las contracciones uterinas en comparación con el patrón anterior, el cambio en el color del moco vaginal, la pérdida de líquido claro, manchado o sangrado y la sensación de que el bebé ha descendido se asocian con aborto o parto pretérmino, por lo cual debe consultar por urgencias.

√	Se recomienda advertir a las gestantes que síntomas tales como debilidad, cansancio fácil y sensación de vértigo se pueden asociar con anemia, por lo cual debe consultar a su servicio de salud.
√	Se recomienda advertir a la gestante que si presenta fiebre, dificultad respiratoria y tos, debe consultar al servicio de salud.
√	Se recomienda advertir a la gestante que síntomas como disuria, poliaquiuria y hematuria, se asocian a infección de vías urinarias, la cual puede desencadenar parto pretérmino y ruptura prematura de membranas por lo cual debe consultar al servicio de salud.

30. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS RECOMENDADAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE GESTANTES CON RIESGO DE DESARROLLAR PATOLOGÍAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO?

La mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública. Muchas de estas muertes pueden ser prevenidas si durante el control prenatal se detectan las principales causas como la preeclampsia, la diabetes y el parto pretérmino.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Anemia

Un estudio de cohorte prospectivo y uno de corte transversal con 829 y 153.602 gestantes, respectivamente, encontró que los niveles de hemoglobina entre 9 g/100 mL y 10 g/100 mL pueden estar asociados con un riesgo de bajo peso al nacer (RR= 3,3; IC 95%= 1,09-9,77) y parto pretérmino (RR= 3,7; IC 95%= 1,36-10,23) (355, 356).	2+, 3

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia recomienda el tamizaje temprano de anemia con niveles de hemoglobina en el embarazo ya que puede disminuir las tasas de bajo peso al nacer y parto pretérmino.

Parto pretérmino

Antecedente de parto pretérmino espontáneo. Dos estudios de cohorte con 1.711 y 1.282 gestantes y uno de cohorte retrospectivo con 13.967 mujeres, encontraron una sensibilidad de 19% a 67% y especificidad de 73% a 97%, con LR^+ de 2.83 y el LR^- de 0.76 para el antecedente de parto pretérmino espontáneo	Ib, II

en relación con el riesgo de parto pretérmino (357-359).

Examen Clínico. Cinco estudios de corte prospectivo que incluyeron 2.107, 6.909, 5.758, 463 y 185 pacientes, respectivamente, estimaron para la presencia de dilatación cervical sensibilidad de 13% a 57% y especificidad de 57% a 98% para la predicción de parto pretérmino. Uno de los estudios estimó un LR^+ de 9,25 y un LR^- de 0,46. Otro estudio encontró LR^+ de 2,16 y LR^- de 0,76 (358, 360-363). | II

Una revisión sistemática de dos ECC con 7.163 embarazadas, evaluó el efecto del tacto vaginal rutinario cuando no hay una indicación médica, para predecir parto pretérmino y otros eventos adversos de la madre y el niño, comparado con no realizar tacto vaginal. El número de mujeres que presentó parto prematuro fué similar con y sin examen vaginal digital rutinario (OR= 1,05, IC 95%= 0,85-1,31). Uno de los ECC incluido no encontró diferencias significativas entre las dos intervenciones para parto pretérmino antes de las 34 semanas (OR= 0,93; IC 95%= 0,65-1,34), para RPM (OR=1,03; IC 95%= 0,92-1,17), para hospitalización antes de las 37 semanas (OR=1,13; IC 95%=1,00-1,28), para cesárea (OR=1,10; IC 95%=0,93-1,29), para bajo peso al nacer (OR=0,85; IC 95%=0,69-1,04), para muy bajo peso al nacer (OR=0,81; IC 95%=0,53-1,24), para óbito (OR=1,09; IC 95%=0,61-1,95), para muerte neonatal (OR=1,47; IC 95%= 0,76-2,84), para ingreso a UCI neonatal (OR=1,09; IC 95%= 0,93-1,27) ni para uso de los servicios de salud (OR=1,14; IC 95%=1,00-1,30). La sensibilidad para parto pretérmino de un cérvix corto diagnosticado clínicamente se estimó entre 11% a 21% con especificidad de 89% a 95% (364). | 1++

Niveles cervico-vaginales de fibronectina fetal (FFN). Seis estudios de cohorte prospectiva con 5.058, 2.929, 234, 155, 718 y 140 mujeres, respectivamente, encontraron que con niveles de FFN ≥50 ng/mL como resultado positivo, la sensibilidad para predecir el parto antes de la semana 37 está entre 13% a 55% y | II

la especificidad entre 83% a 99% (357, 365-369).	
Una revisión sistemática que incluyó cinco ECC con 474 gestantes, evaluó la efectividad de la FFN entre la semana 22 y 34 para predecir parto pretérmino. Se encontró que el parto pretérmino antes de la semana 37 disminuyó significativamente en el grupo al que se le realizo FFN (RR=0,54; IC 95%= 0,34-0,87). Otros desenlaces como parto antes de la semana 34 (RR=1,01; IC 95%= 0,41-2,47), antes de la semana 32 (RR=0,85; IC 95%= 0,28-2,58), antes de la semana 28 (RR=1,0; IC 95%= 0,15, 6,82), la edad gestacional al momento del parto (DM= 0,29 semanas; IC 95%= -0.35 a 0.93), el peso al nacer <2500 g (RR=0,71; IC 95%= 0,21-2,44), la hospitalización materna (RR=1,36; IC 95%= 0,90-2,07), la necesidad de tocolisis (RR=1,01; IC 95%=0,78-1,30) y esteroides para maduración pulmonar (RR=1,23; IC 95%=0,85-1,79) fueron similares en los dos grupos. El efecto sobre la muerte perinatal no fue estimable (370).	1++
Una revisión sistemática de 10 estudios de evaluación de pruebas diagnósticas con 55.889 gestantes, evaluó la exactitud diagnóstica de 22 pruebas para predecir parto pretérmino en mujeres asintomáticas antes de la semana 34 de gestación. Se encontraron las siguientes características operativas: para antecedente de parto pretérmino, LR^+ de 4,62 y LR^- de 0,68; para examen digital, LR+ de 9,25 y LR^- de 0,46; para fibronectina fetal cervical, LR^+ de 10,18 y LR^- de 0,69; para prolactina cervical de 2,0 ng/ml, LR^+ de 19,00 y LR^- de 0,51; para alfa-fetoproteína (punto de corte 2.5 MoM), LR^+ de 4,99 y LR^- 0,95; para β-hCG, LR^+ de 2,77 y LR^- de 0,98; para interleucina-6 en líquido amniótico, LR^+ de 2,65 y LR^- de 0,91; para evaluación periodontal, LR^+ de 2,26 y LR^- de 0,79; para vaginosis bacteriana asintomática, LR^+ de 1,62 y LR^- de 0,90; para bacteriuria asintomática, LR^+ de 2,63 y LR^- de 0,96; para cervicometria (punto de corte 25 mm) tomada antes de la semana 20, LR^+ de 13,38 y LR^- de 0,80. Las únicas pruebas con LR^+ mayor de cinco para predecir parto pretérmino espontáneo antes de la semana	Ia

34 en mujeres asintomáticas fueron la medición ecográfica de longitud cervical, la prolactina cervico-vaginal y la detección de fibronectina fetal (371).

Niveles cervicovaginales de IL-6. Un estudio de cohorte prospectivo con 73 mujeres, sumado a dos estudios de casos y controles con 161 y 250 mujeres, respectivamente, encontraron que los niveles de IL-6 >50 pg/mL obtuvieron una sensibilidad entre 9% a 50% y especificidad de 84% a 90% (372-374). | II, III

Niveles séricos maternos de Proteína C reactiva (PCR). Dos estudios de casos y controles con 484 y 506, respectivamente, que tomaron como niveles positivos de PCR 4,3 ng/mL en primer trimestre y 7,3 ng/mL en tercer trimestre, evaluaron la eficacia de estos niveles séricos para predecir parto pretérmino antes de la semana 37. Se estimó una sensibilidad del 35% y especificidad de 78%, con LR^+ de 1,55 y LR^- de 0,84. En el tercer trimestre la sensibilidad y especificidad se estimaron en 26% y 86%, con LR^+ y LR^- de 1,81 y 0,86 (375, 376). | III

Cervicometría. Una revisión sistemática que incluyó tres estudios con 290 embarazos simples, evaluó la efectividad de la cervicometría entre la semana 14 y 32 para predecir un parto pretérmino antes de la semana 37. Se encontró que la cervicometría por ecografía transvaginal se asoció a una disminución no significativa del parto pretérmino antes de la semana 37 (RR= 0,59; IC 95%= 0,26-1,32). El parto ocurrió a una edad gestacional mayor en el grupo de cervicometría comparado con el grupo al que no se le realizó cervicometría (DM= 0,64 semanas; IC 95%=0,03-1,25). No hubo diferencia en otros desenlaces como parto pretérmino antes de semana 34 (RR= 0,55; IC 95%= 0,25-1,20), peso al nacer <2500 g (RR= 0,71; IC 95%= 0,21-2,44), muerte perinatal (no estimable); hospitalización materna (RR= 2,94; IC 95%= 0,85-10,16), tocolisis (RR= 0,85; IC 95%= 0,11-6,58) y maduración pulmonar con esteroides (RR= 1,72; IC 95%= 0,15-19,64) (377). | 1++

Una revisión sistemática de 23 estudios de pruebas diagnósticas que incluyeron 26.792 mujeres, evaluó si la cervicometría por ecografía transvaginal en el segundo trimestre pudo identificar mujeres que se pudieran beneficiar de una terapia con 17-hidroxiprogesterona y cerclaje para prevenir el parto pretérmino. El análisis mezcló pacientes de alto riesgo (antecedente de parto pretérmino y cirugía cervical) y de bajo riesgo. La incidencia de parto pretérmino antes de la semana 37 fue 7.2% y antes de la semana 35 fue 4.3%. El análisis estadístico mostró que para identificar riesgo de parto pretérmino antes de la semana 37, la cervicometría <33,25 mm tomada en las semanas 14 y 24 obtuvo una sensibilidad y especificidad de 32,7% y 90,0%, respectivamente, con una área bajo la curva ROC de 0,83. Una cervicometría <25 mm detectó el riesgo de parto pretérmino antes de la semana 35 con sensibilidad y especificidad de 33,3% y 95,9%, respectivamente, y con una área bajo la curva ROC de 0,84. Una cervicometría <20 mm para detección de riesgo de parto antes de las 35 semanas obtuvo una sensibilidad y especificidad de 22,1% y 98,2%, respectivamente, área bajo la curva ROC de 0,89, LR^+ de 12,4 y LR^- de 0,74. La prueba se comportó mejor cuando se realizó después de la semana 20 de gestación (Sens= 58% vs. 28% antes de la semana 20) y fue más sensible en pacientes de alto riesgo (54,9% vs. 40,0%), pero más especifica en pacientes de bajo riesgo (96,1% vs 75,7%) (378).

la

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El antecedente de parto pretérmino no parece tener un alto valor diagnóstico para predecir o descartar el parto pretérmino. La evidencia de buena calidad reporta que el examen clínico y el tacto vaginal rutinario tienen pobre valor para predecir o descartar parto pretérmino, al igual que la IL-6 y la FFN que, tomados en el segundo trimestre, son pruebas poco exactas para predecir parto pretérmino. Pruebas como la prolactina cervico-vaginal y la detección de fibronectina fetal parecen tener un mejor desempeño para

identificar riesgo de parto pretérmino pero no para descartarlo. La evidencia no es clara en cuanto al valor de la cervicometría en el tamizaje rutinario de parto pretérmino. Una revisión sistemática muestra que la cervicometría por ecografía transvaginal es una herramienta útil para predecir parto pretérmino antes de 35 semanas, principalmente en pacientes asintomáticas con antecedente de parto pretérmino y su mejor desempeño es cuando el punto de corte es <20 mm. El papel de la cervicometría está recomendado en pacientes que podrían beneficiarse del uso de progesterona.

Diabetes Gestacional

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Factores de Riesgo. Una revisión sistemática que incluyó un estudio retrospectivo con 11.205 mujeres, un estudio de casos y controles y uno de cohorte prospectivo, evaluó la efectividad del tamizaje de diabetes gestacional basado en factores de riesgo. Se encontró asociación de esta clase de diabetes con los siguientes factores de riesgo: edad ≥ 25 años (OR=1,9; IC 95%= 1,3-2,7), herencia racial (OR= 2,5; IC 95%= 2,0-3,2), historia familiar de diabetes (OR= 7,1; IC 95%=5,6-8,9), antecedente de diabetes gestacional (OR= 23,6; IC 95%=11,6-48,0), antecedente de recién nacido macrosómico > 4,5 Kg (OR=5,59; IC 95%= 2,68-11,7) e IMC $\geq$ 27 kg/m^2 (OR= 2,3; IC 95%= 1,6-3,3) (379-382).	2+,2-2
Una revisión sistemática de 13 estudios con 3.790 mujeres, encontró que las mujeres hispanas tienen mayor frecuencia de recurrencia de diabetes gestacional cuando se compara con mujeres de raza blanca (52–69% vs. 30–37%)(383).	2++
Glucosuria. Dos estudios de cohorte con 3.217 y 500 gestantes encontraron que la sensibilidad de la glucosuria en el primer trimestre de embarazo como predictor de diabetes gestacional fue 7,1% y 18,2%, con especificidad de 96,9% y 98.5%, VPP 12,8% y VPN 97,1% (384, 385).	II
Prueba al azar de glucosa. Un estudio de cohorte con 250 gestantes administró 75 g de glucosa entre la semana 28 y 32 de gestación. Cuando se tomó un valor	II

≥7,0 mmol/l como positivo a las dos horas, se obtuvo una sensibilidad de 29%, especificidad de 89% y VPP de 38%, es decir, la misma sensibilidad para detección de diabetes gestacional que el uso de factores de riesgo, pero con la ventaja que reduce la necesidad de usar una CTOG del 15,8% a 3,8% de la población (386).	
Prueba con 50 g de glucosa (CTG). Cuatro estudios de cohorte con 986, 344, 520 y 1.251 pacientes, administraron 50 g o 100 g de glucosa a las gestantes participantes y midieron a las 2 horas los niveles de glucosa en plasma. Tomando como resultado positivo un valor ≥ 7,78 mmol/l (140 mg/100 mL), se obtuvo una sensibilidad de 59% -79,8%, y especificidad de 42,7%, a 92%, con VPP entre 13,85% a 32% (387-390).	II, III
Glucosa plasmática en ayunas. Un estudio de cohorte con 5.010 gestantes y otro de corte transversal con 3.616 gestantes tomaron como punto de corte una glicemia plasmática entre 4 y 5 mmol/l (90 mg/100 mL). Se estimó una sensibilidad entre 87% y 47% y especificidad entre 51% y 96% de la glucosa plasmática en ayunas para detectar diabetes gestacional. Asimismo, se identificaron el 22% de las mujeres como positivas para diabetes gestacional (391, 392).	II
Eficacia de las pruebas de tamizaje	
Un ECC con 3.742 gestantes, dos estudios de cohorte prospectivos con 3.400 y 6.854 gestantes, dos estudios prospectivos con 2.000 y 622 gestantes, un estudio retrospectivo con 1392 gestantes y un estudio de corte transversal con 2.031 gestantes, evaluaron la eficacia del tamizaje de diabetes gestacional con respecto a desenlaces maternos. Se encontró que el tamizaje con carga de 50 g de glucosa detecta más casos de diabetes, comparado con el tamizaje por factores de riesgo (2,7% vs 1,45%). El mejor predictor de resultado fetales adversos es una glicemia capilar >9,0 mmol/l (> 169 mg/100mL) dos horas después de una carga en ayunas de 75 g de glucosa o a la hora con una carga de 50 g entre las 28 y 32 semanas. El	2+, 2-

riesgo de parto pretérmino y macrosomía fetal (peso >4,5 Kg) se aumenta si una hora después de administrar una carga de 50 g de glucosa, se encuentran niveles de glucosa plasmática entre >7,7 y < 8,3 mmol/l (>139 mg/100 mL y <149 mg/100 mL)(393-399).	
Una revisión sistemática de 70 estudios (14 ECC y 56 de cohorte) evaluó el impacto de la detección precoz de la diabetes sobre la muerte fetal in útero. Se encontró que las pruebas de detección temprana no fueron mejores que las de detección tardía para mejorar la mortalidad perinatal. Uno de los estudios de cohorte comparó dos conjuntos de criterios de tamizaje para diabetes gestacional: ADA vs. OMS. Con un total de 13 muertes (siete muertes fetales y seis muertes neonatales tempranas) no hubo diferencia usando cualquiera de los dos criterios (Criterios ADA: RR= 3,1; IC 95%=1,42-6,47. OMS: RR= 1,59; IC 95%= 0,86-2,9). Un estudio incluido comparó los efectos del tamizaje universal vs. el tamizaje selectivo a pacientes de alto riesgo, no encontrando diferencias significativas en cuanto a muerte fetal (RR= 0,42; IC 95%= 0,16-1,12) entre estos grupos (400).	1+
Una revisión sistemática que incluyó siete ECC, tres estudios de cohorte y un estudio de corte transversal, evaluó los riesgos y beneficios del tamizaje y tratamiento durante el primer trimestre y hasta la semana 24 de la diabetes gestacional en la reducción de la mortalidad perinatal y materna. Basado en un estudio de cohortes prospectivo se encontró que las mujeres con diagnóstico temprano de la diabetes gestacional tuvieron los niveles de glucosa postprandial y antes de la cena más alto. El 33,9% requirieron insulina comparado con el 7,1% de aquellas a quien se les realizó el diagnóstico tardío (p <0,001). Los neonatos de las mujeres a las que se realizó el diagnóstico temprano tuvieron mayor riesgo de muerte perinatal (6% vs. 0%; p= 0,020) e hipoglucemia (8% vs. 0%; p= 0,005) (401).	1+

Un estudio que incluyó 924.873 mujeres embarazadas entre 25 a 40 años evaluó, con criterios de ADA, el tamizaje con 50 g de glucosa y prueba confirmatoria con 75 o 100 g de glucosa, y lo comparó con los criterios de Carpenter-Counstan. Se encontró que si se usan los criterios de Carpenter-Counstan se detecta un 4,9% de diabetes; si se usan los criterios de la ADA la tasa de positividad del tamizaje para diabetes gestacional fue de 5,3%. Comparando los criterios de Carpenter-Constan vs. ADA, el RR para el diagnóstico de DMG fue 1,09 (IC 95%=1,078-1,107). Las tasas de positividad variaron con la edad: tasas menores a 3% para mujeres de 18 a 25 años y de 9% para mujeres de 35 a 40 años. Para todas las edades las tasas más altas fueron con los criterios de ADA. Se confirmó la diabetes en el 24% cuando se usó carga de 100 g y 22% con carga de 75 g (RR= 1,08; IC 95%=1,048-1,111) (402).	III
Una revisión sistemática incluyó dentro de sus análisis los estudios ACHOIS, MFMUN y HAPO. El estudio HAPO mostró una asociación entre los niveles de plasma y resultados adversos en el embarazo como macrosomia fetal y necesidad de parto por cesárea, evaluando el tamizaje con glicemia en ayunas con la prueba confirmatoria una hora postcarga de 75 g de glucosa. En el estudio HAPO ninguna medida de glucosa en sangre fue mejor, aunque la glucosa en ayunas en plasma fue tan buena como otras y tuvo la ventaja de ser más conveniente que la prueba de tolerancia oral (CTOG), pero la correlación entre la prueba en ayunas y postcarga fue pobre (0,38 y 0,30). Dos estrategias de tamizaje fueron las que obtuvieron mejor rendimiento : 1. Tamización con criterios de ADA seguida por una curva postcarga de 75 g de glucosa, y 2. Tamización por factores de riesgo seguido de una curva postcarga de 75 g de glucosa (0,38 y 0,30) (403).	1+
Una revisión sistemática evaluó diferentes métodos de tamizaje para diabetes gestacional incluidos factores de riesgo, carga de 50 g de glucosa + prueba confirmatoria con 75 y 100 gramos de glucosa y diferentes niveles de glicemia basal y hemoglobina glicosilada. Tres estudios incluidos evaluaron el efecto del	1+

diagnóstico y el tratamiento de DMG. Se encontró que si el diagnóstico de DMG se hizo con una concentración de glucosa en plasma ≥135 mg/dL en el segundo trimestre o ≥ 173 mg/dL en el tercer trimestre del embarazo después de dos de una carga oral de 75 g, no hubo diferencia significativa entre los grupos comparados en cuanto a tasas de pérdida de la gestación, trauma, macrosomía, hipoglicemia neonatal o nacimiento por cesárea. El estudio Australiano ACHOIS publicado en 2.005 realizó un tamizaje con criterios de OMS 1.998, en el cual las gestantes fueron aleatorizadas a intervención o cuidado obstétrico de rutina. En el grupo de tamizaje se encontró un riesgo 67% menor de complicaciones perinatales serias (RR=0,33; IC 95%= 0,14-0,75). La tasa absolutas de complicaciones perinatales serias fue modesta: 1% y 4% en los grupos de intervención y cuidado rutinario respectivamente. Asimismo, se evaluó cual fue la mejor estrategia de tamizaje para DMG y reportaron que si se tamiza solo por factores de riesgo, la sensibilidad y especificidad oscila entre 50 a 85%, mientras que esta oscila entre 64 a 84% si se tamiza con pruebas de laboratorio. Cuando en la prueba de tamizaje se usó como punto de corte 140 mg/dL se encontró una sensibilidad de 80% y especificidad de 90%; cuando se usó como punto de corte 130 mg/dL se incrementó la sensibilidad a 90%, pero también se incrementó el número de mujeres que requieren la prueba diagnóstica confirmatoria en un 60%. Respecto a métodos de tamizaje alternativos, la glicemia en ayunas posee mejor reproducibilidad pero más baja sensibilidad que la CTOG. Una glicemia al azar con único valor ≥144 mg/dL obtuvo una sensibilidad de 47% y una especificidad de 97%. La glicemia una hora pos-desayuno de prueba con 600 calorías de 100 mg/dL tuvo una sensibilidad y especificidad de 96% y 74%, respectivamente. Un ECC comparó el tamizaje por factores de riesgo y tamizaje universal con carga de 50 g de glucosa y prueba confirmatoria con carga de 100 g de glucosa y 3 muestras a partir de 1 hora con criterios de NDDG, encontrando que en el grupo de factores de riesgo al 1,45% se les diagnosticó DMG a la

semana 32. En el grupo de tamizaje universal, el 2,7% fueron diagnosticadas con DMG entre semana 26 a 28 de gestación y no hubo diferencias significativas en cuanto a desenlaces entre los dos grupos. Las mujeres tamizadas por factores de riesgo comparadas con el tamizaje universal tuvieron un riesgo mayor de parto pretérmino (OR= 5,39; IC 95%=1,76-15,35), de cesárea de emergencia (OR= 3,98; IC 95%=1,2-11,3), de fetos grandes (OR= 6,02; IC 95%= 2,47-14,32), y de preeclampsia (OR= 7,70; IC 95%= 2,2-24,43). No se encontraron estudios clínicos aleatorizados controlados que compararan el diagnóstico en un paso (carga con 75 g) con el de dos pasos (carga con 100 g) o comparando varios criterios diagnósticos y desenlaces. Una revisión de estudios observacionales sugirió que los resultados anormales tanto del esquema en un solo paso (HAPO) como el de dos pasos (O´Sullivan) se asocian con pobres desenlaces (404).	
Un estudio de cohorte en 15 centros en nueve países con 25.505 mujeres (estudio HAPO), realizó prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 g en las semanas 24 a 32 de gestación. Se tomó como positiva la prueba si la glucosa basal aumento una desviación estándar (DE) (6,9 mg/dL [0,4 mmol/L]), un incremento de una DE en el nivel de glucosa a la hora (30,9 mg/dL [1,7 mmol/L]), y un incremento de una DE en el nivel de glucosa a las dos horas (23,5 mg/dL [1,3 mmol/L]). Para peso al nacer por encima del percentil 90 para la edad gestacional (macrosomía fetal), se encontró un OR de 1,38 (IC 95%=1,32-1,44), 1,46 (IC 95%= 1,39-1,53) y 1,38 (IC 95%=1,32-1,44), respectivamente. Para péptido C >percentil 90 en sangre del cordón umbilical, se estimaron OR de 1,55 (IC 95%=1,47-1,64), 1,46 (IC 95%=1,38-1,54) y 1,37 (IC 95%=1,30 -1,44), respectivamente. Para requerimiento de cesárea se estimó un OR de 1,11(IC 95%= 1,06-1,15), 1,10 (IC 95%= 1,06-1,15) y 1,08 (IC 95%= 1,03- 1,12), respectivamente. Para hipoglicemia neonatal se estimaron OR de 0,08 (IC 95%= 0,98-1,19), 1,13 (IC 95%= 1,03-1,26) y 1,10 (IC 95%= 1,00- 1,12), respectivamente. En cuanto a desenlaces secundarios como nacimiento antes de la semana 37 de	Ib

gestación, distocia de hombros o trauma al nacer, necesidad de UCI neonatal, hiperbilirrubinemia y preeclampsia, no se encontró una asociación significativa (405).

Una revisión sistemática que incluyó 26 estudios de cohorte con 13.564 mujeres con factores de riesgo, comparó la prueba con 50 g de glucosa con la curva de tolerancia oral a la glucosa con 75 g o 100 para detección de diabetes gestacional antes de la semana 32. Se encontró una sensibilidad global de la prueba con 50 g (con un punto de corte de 7,8 mmol/l) de 0,74 (IC 95%= 0,62-0,87) y especificidad global de 0,77 (IC 95%= 66–0,89). En estudios con inclusión consecutiva de pacientes la sensibilidad fue 0,74 (IC 95%= 0,62–0,87) y especificidad de 0,85 (IC 95%= 0,80–0,91). Si se aumenta el punto de corte de la prueba diagnóstica se aumenta la sensibilidad y se disminuye la especificidad de la prueba de 50 g (406).

la

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que los factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional son obesidad pregestacional, edad materna avanzada, antecedente de diabetes gestacional, historia familiar de diabetes, minoría étnica, antecedente de recién nacido con peso > 4,5Kg, incremento en la ganancia de peso en adulto joven y tabaquismo. La tasa de recurrencia para diabetes gestacional varía entre 30 y 80% según factores de riesgo.

Tradicionalmente el tamizaje de diabetes gestacional se ha hecho con factores de riesgo y tamizaje universal con carga de 50 g de glucosa y prueba confirmatoria con carga de 100 gramos de glucosa y 3 muestras partir de una hora (tamizaje en dos pasos). Sin embargo, en 2.008 se publicó el estudio HAPO el cual propuso tamizaje universal con una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 g de la semanas 24 a 32 de gestación y dos muestras a la hora y dos horas (tamizaje en un paso). Desde la publicación de dicho estudio se han publicado múltiples investigaciones que comparan el tamizaje en un paso y dos pasos,

pero no se ha encontrado ensayos clínicos que hayan demostrado la superioridad de uno de ellos respecto a la prevención de desenlaces adversos tanto maternos como fetales.

Luego del análisis de la literatura, el consenso de expertos junto con el GDG, considerando la prevalencia de diabetes gestacional en Colombia, así como los efectos de la hiperglicemia y la diabetes gestacional sobre desenlaces importantes para el bienestar materno (incluyendo necesidad de cesárea) y fetales (macrosomia fetal, distocia de hombro) e hipoglicemia neonatal, seleccionó el tamizaje en un paso (HAPO) como la prueba de tamizaje universal para diabetes gestacional para la población colombiana durante el control prenatal en embarazos de curso normal, teniendo en cuenta el impacto en los recursos asistenciales por su implementación.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda que todas las gestantes con embarazo de curso normal sean tamizadas para anemia con hemoglobina y hematocrito, obtenidos como parte de un hemograma completo, en el momento de la inscripción al control prenatal, así como en la semana 28 de gestación con el fin de disponer de tiempo suficiente para el tratamiento de la anemia.
A	Se recomienda que los niveles de hemoglobina con niveles inferiores a 10 g/dL (o su equivalente ajustado a la altura sobre el nivel del mar) sean objeto de investigación y tratamiento con suplencia de hierro.
A	En gestantes con embarazos de curso normal no se recomienda el tamizaje rutinario para parto pretérmino. Pruebas como la gonadotrofina coriónica en suero materno, la proteína C reactiva sérica, los niveles cervicovaginales de fibronectina fetal y la cervicometria por ecografía transvaginal no han demostrado ser efectivas en predecir el riesgo de parto pretérmino en este tipo de gestantes.
B	No se recomienda la evaluación cervical digital repetida en ausencia de indicación clínica, para reducir la prevalencia del parto pretérmino.
B (↑)	Se recomienda que a todas las gestantes se les realice una Prueba de Tolerancia Oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación, teniendo en cuenta que los valores normales son: • Basal: < 92 mg/dL • 1 hora: < 180 mg/dL • 2 horas: <153 mg/dL
B (↑)	No se recomienda el tamizaje de diabetes gestacional usando glicemia basal ni uroanálisis para la detección de glucosa.
√	Con el fin de facilitar que la gestante tome decisiones acerca de la prueba para descartar diabetes gestacional, se recomienda que ésta sea advertida que: • En muchas mujeres, la diabetes gestacional responde a cambios en la dieta y el ejercicio. • Algunas mujeres (entre 10% y 20%) necesitarán hipoglicemiantes orales o insulina si la dieta y el ejercicio no son efectivos en el control de la diabetes gestacional.

	• Si la diabetes gestacional no es detectada y controlada hay un pequeño riesgo de complicaciones durante el parto como la distocia de hombros. • Un diagnóstico de diabetes gestacional obliga a incrementar la monitorización e intervenciones durante el embarazo y el parto.

SECCIÓN 2. ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO.

PREGUNTAS PARA RESPONDER

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo a tener en cuenta para la aparición de complicaciones hipertensivas durante el embarazo?
2. ¿Qué intervenciones están recomendadas para la reducción de la incidencia de preeclampsia?
3. ¿Cuáles son las recomendaciones para la adecuada medición de la proteinuria en el diagnóstico de preeclampsia?
4. ¿Están recomendadas las pruebas serológicas de tirosin kinasa-1 fms-like soluble (SFLt-1), factor de crecimiento placentario (P1GF), factor endotelial de crecimiento vascular (VEGF), endoglina soluble (EGs) y serpina para la predicción de preeclampsia?
5. ¿Está recomendado el uso del Doppler en la predicción de preeclampsia en primer y segundo trimestre de la gestación?
6. ¿Con qué pruebas diagnósticas debe realizarse el seguimiento de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia?
7. ¿Cuál es el manejo clínico recomendado para las mujeres con preeclampsia no severa?
8. ¿En qué momento está recomendado el parto en mujeres con preeclampsia?
9. ¿Cuál es el manejo clínico más recomendado de las mujeres con diagnóstico de hipertensión en el embarazo antes de la semana 20?
10. ¿Cuál es el manejo clínico recomendado de las mujeres con hipertensión gestacional?
11. ¿Cuál es el manejo clínico recomendado de las gestantes con preeclampsia severa anteparto e intraparto?
12. ¿Está recomendado el uso de corticosteroides en el manejo de mujeres con síndrome HELLP?
13. ¿Cuál es el tratamiento recomendado para las mujeres embarazadas con hipertensión arterial, cifras tensionales menores a 160/110 mmHg y compromiso de órgano blanco?
14. ¿Cuál es el monitoreo fetal recomendado en mujeres con algún trastorno hipertensivo del embarazo?
15. ¿Cuál medicamento está contraindicado para el tratamiento de la hipertensión en mujeres en el período posparto que se encuentren lactando?

La hipertensión en el embarazo esta definida como la presencia de presión diastólica de 90 mmHg o mayor, medida en 2 ocasiones con una diferencia de 4 horas, o una presión diastólica mayor a 110 mmHg y una sistólica mayor a 140 mmHg en las mismas dos tomas (407). Los trastornos hipertensivos del embarazo ocurren en mujeres con hipertensión crónica pre-existente primaria o secundaria, o en mujeres quienes desarrollan hipertensión durante la segunda mitad del embarazo (408).

Para el propósito de esta Guía de Práctica Clínica, el GDG adoptó las siguientes definiciones (408):

- Hipertensión crónica es aquella hipertensión que se presenta antes de la semana 20 de gestación o en la mujer embarazada que se conocía hipertensa previo al embarazo. La etiología de esta puede ser primaria o secundaria.
- Eclampsia es aquel episodio convulsivo en la mujer con preeclampsia. Es cualquier convulsión durante la gestación que no tenga otra explicación satisfactoria, como el antecedente de epilepsia o un evento agudo como hipoglicemia, trauma, etc.
- Síndrome HELLP es una entidad clínica caracterizada por la presencia simultánea de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y conteo plaquetario bajo.
- Hipertensión gestacional es aquella hipertensión nueva que se diagnostica después de la semana 20 de gestación sin proteinuria significativa asociada.
- Preeclampsia es aquella hipertensión nueva que se diagnostica después de la semana 20 de gestación con proteinuria significativa asociada.
- Preeclampsia severa es la preeclampsia con hipertensión severa y/o con síntomas que indican compromiso de órgano blanco.
- Hipertensión severa es aquella hipertensión con cifras de presión arterial mayores o iguales a 160/110 mmHg.

Aunque en la literatura mundial existen múltiples definiciones sobre este grupo de trastornos, no existe evidencia que muestre ventajas de usar alguna en particular. El grupo

desarrollador de la guía (GDG) a través de una búsqueda sistemática de la literatura, encontró que las definiciones enunciadas anteriormente son avaladas por un importante número de grupos científicos a nivel mundial, así como por la Sociedad Internacional para el Estudio de Hipertensión en el Embarazo (ISSHP) (409). Es importante aclarar a los usuarios de esta guía, que a pesar de utilizar la proteinuria significativa como un criterio necesario para el diagnóstico de preeclampsia, se sabe que esta enfermedad es un síndrome multisistémico que puede variar ampliamente en sus manifestaciones clínicas y bioquímicas y es frecuente encontrar la enfermedad aún en ausencia de proteinuria significativa (408).

1. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO A TENER EN CUENTA PARA LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO?

Teniendo en cuenta el considerable impacto clínico de la preeclampsia, es necesario conocer cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de desarrollar la enfermedad durante la gestación. Estos factores pueden ser o no modificables. Identificar los factores que predicen el riesgo de desarrollar preeclampsia durante el embarazo puede alertar a los profesionales de la salud que atienden a la mujer embarazada.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 52 estudios observacionales analíticos (13 estudios prospectivos de cohorte, 25 estudios retrospectivos de cohorte y 14 estudios de casos y controles) evaluó factores de riesgo asociados a preeclampsia y que pudieran ser identificados en el control prenatal. En los estudios de cohorte donde pudieron calcularse riesgos no ajustados agrupados, se encontró un riesgo de preeclampsia mayor en mujeres con historia previa de preeclampsia (RR= 7,19; IC 95%= 5,85-8,83), con anticuerpos antifosfolípidos (RR=9,72; IC 95%= 4,34-21,75), diabetes preexistente (RR=3,56; IC 95%= 2,54-4,99), embarazo múltiple (RR= 2,93; IC 95%= 2,04-4,21), nuliparidad (RR= 2,91; IC 95%= 1,28-6,61),	2++

historia familiar de preeclampsia (RR= 2,90; IC 95%= 1,70- 4,93), presión sistólica en el control prenatal mayor a 80 mmHg (RR=1,38; IC 95%= 1,01-1,87), índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35 kg/m^2 en primera consulta del embarazo actual (RR=2,47; IC 95%= 1,66-3,67) o edad materna mayor o igual a 40 años (RR= 1,96; IC 95%= 1,34-2,87). Se encontró en estudios individuales que la hipertensión preexistente, enfermedad renal, enfermedad autoinmune crónica y un intervalo intergenésico de 10 años o mayor aumentan el riesgo, sin claridad respecto a su cuantía (410).	
Una revisión sistemática realizada dentro del desarrollo de una GPC encontró que en embarazos antes de la semana 20 los factores que deben ser evaluados en relación con la preeclampsia son: primer embarazo, multiparidad con preeclampsia en cualquier embarazo, periodo intergénesico de 10 años o más, edad mayor o igual a 40 años, IMC ≥35 kg/m^2, historia familiar de preeclampsia, presión arterial diastólica de 80 mmHg o mayor en la primera consulta, proteinuria (mayor a 1+ o cuantificación mayor a 300 mg en 24 h), embarazo múltiple y algunas condiciones médicas preexistentes como hipertensión, enfermedad renal, diabetes y síndrome antifosfolípidos (411).	2++
Una revisión sistemática publicada dentro de una evaluación formal de tecnologías sanitarias, evaluó diferentes pruebas radiológicas y moleculares para predecir preeclampsia. La revisión incluyó: 11 publicaciones para IMC, 12 para alfa-fetoproteína, cuatro para fibronectina y 63 para Doppler de arteria uterina. De estos estudios, 19 se enfocaron en cualquier muesca unilateral, 22 en muescas bilaterales, 25 en combinaciones de velocidades de flujo, ocho en índice de pulsatilidad y 25 en índice de resistencia. Los resultados de sensibilidad y especificidad estimados fueron los siguientes: para IMC ≥34 kg/m^2: sens=18% (IC 95%=15-21) y esp=93% (IC 95%=87-97), para alfa fetoproteína: sens=9% (IC 95%=5-16) y esp=96% (IC 95%=94-98), para fibronectina: sens=65% (IC 95%=44-	Ia

83) y esp=94% (IC 95%=86-98). Por último, para Doppler de arteria uterina se encontraron los siguientes resultados: para muesca unilateral sens=63% (IC 95%=51-74) y esp=82% (IC 95%=74-87) y para muesca bilateral sens=48% (IC 95%=34-62) y esp=92% (IC 95%=87-95) (412).	
Una revisión sistemática de 49 estudios observacionales evaluó la relación entre infección materna y preeclampsia. Se encontró que el riesgo de preeclampsia se aumentó en mujeres con IVU (RR=1,57; IC 95%=1,45-1,70) y con enfermedad periodontal (RR=1,76; IC 95%=1,43-2,18). Sin embargo, muchos de estos estudios tuvieron problemas para establecer asociaciones causales (413).	2-
En un estudio de casos y controles que incluyó 125 casos (mujeres con preeclampsia) y 375 controles (mujeres sin preeclampsia), se evaluó la periodontitis como factor de riesgo de preeclampsia. Se estimó, después de ajustar los resultados por variables de confusión, un OR de 1,94 (IC 95%=1,37-2,77) (414).	2-

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La guía de práctica clínica de NICE adaptada por el GDG para ésta sección, encontró similares factores de riesgo y evidencia a la encontrada en esta evaluación. Las revisiones sistemáticas encontradas reportan que los estudios incluidos presentan alto riesgo de sesgo y algunos no permiten establecer relaciones causales entre los factores evaluados y la presentación de preeclampsia. Nuevos factores como infecciones en el embarazo no cuentan con evidencia de calidad debido a la pobre calidad metodológica ya mencionada.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda tener en cuenta las siguientes condiciones que han mostrado estar asociadas a la aparición de preeclampsia: Factores de riesgo moderado: • Primer embarazo. • Edad mayor o igual a 40 años. • Intervalo intergenésico mayor a 10 años. • IMC mayor o igual a 35 kg/m^2 en la primera consulta. • Embarazo múltiple. • Antecedente familiar de preeclampsia. Factores de alto riesgo: • Trastorno hipertensivo en embarazo anterior. • Enfermedad renal crónica. • Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos. • Diabetes tipo 1 y 2. • Hipertensión crónica.

2. ¿QUÉ INTERVENCIONES ESTÁN RECOMENDADAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA?

Dada la importancia de la preeclampsia como factor de morbimortalidad materna y perinatal, es necesario determinar las intervenciones que son efectivas para reducir su incidencia. Existe un gran volumen de información al respecto y se han identificado múltiples posibles factores que se asocian con el riesgo de preeclampsia.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática de ECC evaluó la efectividad y seguridad de agentes antiplaquetarios para disminuir el riesgo de preeclampsia en mujeres a riesgo y sin riesgo de desarrollar esta condición. Se incluyeron 59 estudios que incluían 37.560 mujeres. La preeclampsia fue evaluada en 43 estudios (n=32.590) y el análisis mostró que los agentes antiplaquetarios están asociados con una reducción en el riesgo (RR=0,83; IC 95%=0,77-0,89). Asimismo, se encontró una reducción significativa en el riesgo de preeclampsia en mujeres con riesgo alto y moderado (riesgo moderado: RR=0,86; IC 95%=0,79-0,95; alto riesgo: RR=0,75; IC 95%=0,66-0,85). Se encontró que no existe algún subgrupo particular en mujeres	1++

con alto riesgo de desarrollar preeclampsia que tenga beneficios diferenciales del uso de la aspirina en relación con los otros subgrupos (415).	
Una revisión de seis ECC que incluyeron 310 mujeres evaluó la efectividad de donantes de óxido nítrico para prevención de preeclampsia. No se encontró efecto significativo de los donantes de óxido nítrico para disminución del riesgo de preeclampsia (RR=0,83; IC 95%=1,43-2,18) (416).	1+
Una revisión sistemática que incluyó dos ECC con 296 mujeres en total evaluó los efectos de la progesterona para disminuir el riesgo de preeclampsia. Se encontró que no existe evidencia de alta calidad que muestre que el uso de progesterona prevenga trastornos hipertensivos del embarazo (RR=0,21; IC 95%=0,03-1,77) (417).	1+
Una revisión sistemática de cinco ECC incluyó 1.836 mujeres para determinar la asociación de diuréticos en la prevención de preeclampsia. El desenlace principal fue la aparición de preeclampsia acorde con la definición de Gifford para mujeres normotensas y para mujeres hipertensas se definió como la aparición de proteinuria de novo posterior a la semana 20 de embarazo. No se encontró asociación entre los diuréticos y la incidencia de preeclampsia (RR= 0,68; IC 95%=0,45-1,03), pero se encontró un incremento de efectos secundarios en el grupo de diuréticos (RR=8,7; IC 95%=1,19-63,6),principalmente náuseas, vómito y prurito (418).	1+
Un ECC que incluyó 80 mujeres encontró una reducción de la preeclampsia y sus secuelas en un grupo de mujeres con trombofilia + un genotipo específico, en relación con el efecto de heparinas de bajo peso molecular y la recurrencia de preeclampsia (RR=0,26; IC 95%=0,08-0,61) (419).	1-
Una revisión sistemática que incluyó 12 ECC con 15.206 mujeres evaluó la efectividad del calcio en la reducción del riesgo de preeclampsia. Se encontró una	1+

disminución considerable del riesgo en todas las mujeres que recibieron calcio (RR=0,48; IC 95%=0,33-0,69). La reducción del riesgo se encontró tanto en mujeres con bajo riesgo (RR=0,68; IC 95%=0,49-0,94) como en aquellas en alto riesgo de preeclampsia (RR=0,22; IC 95%=0,12-0,42) (420).	
No existe evidencia con relación a la efectividad del magnesio para la prevención de preeclampsia.	
Una revisión de 10 ECC que incluyó 6.533 mujeres encontró que el uso de antioxidantes no reduce el riesgo de preeclampsia o sus complicaciones (RR=0,73; IC 95%=0,51-1,06). El análisis de subgrupos no mostró beneficios aún en el grupo de mujeres de alto riesgo (421).	1+
Una cohorte que incluyó 2.951 mujeres encontró un posible beneficio de la reducción del riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo con ácido fólico, cuando este se administró en conjunto con multivitamínicos (RR=0,37; IC 95%=0,18-0,75). No se encontró disminución del riesgo cuando el ácido fólico fue administrado aisladamente (RR=0,46; IC 95%=0,16-1,31) (422).	2+
Una revisión de seis estudios que incluyó 2.755 mujeres encontró que los aceites marinos (aceites de pescado o de algas) no tuvieron efecto para la reducción del riesgo de preeclampsia (RR=0,86; IC 95%=0,59-1,27) (423).	1+
Una revisión sistemática identificó un único estudio referente al uso de ajo y la presentación de la preeclampsia, el cual incluyó 100 mujeres y encontró evidencia limitada para la prevención de preeclampsia (RR=0,78; IC 95%=0,31-1,93) (424).	1+
Una revisión sistemática de dos ECC que incluyó 106 mujeres encontró que la efectividad del reposo para la prevención de preeclampsia es baja (RR=0,05; IC 95%=0,00-0,83) (425).	1+

No hay evidencia que identifique la relación del reposo en cama con la reducción del riesgo de preeclampsia.	
Una revisión sistemática con dos ECC que incluyó 45 mujeres encontró que no existen efectos significativos del ejercicio en la reducción de preeclampsia (RR=0,31; IC 95%=0,01-7,09) (426).	1+
No se identificó evidencia que muestre que el control de peso durante el embarazo reduzca la incidencia de preeclampsia.	
Una revisión sistemática de cinco estudios observacionales evaluó el efecto de trabajar horas adicionales y la actividad física en la incidencia de preeclampsia. Los resultados son divergentes entre los estudios y no fue posible la realización de un análisis agrupado. Tampoco fue posible determinar efectos significativos de manera consistente (236).	2+
Un ECC que incluyó 24 mujeres evaluó la efectividad del licopeno en la prevención de preeclampsia. Se encontró que el suplemento con licopeno no disminuyó la incidencia de preeclampsia en mujeres con alto riesgo de padecerla. Sin embargo, este fármaco parece ayudar a reducir la incidencia de restricción de crecimiento intrauterino (427).	1-
Un ECC con 159 mujeres determinó la efectividad del licopeno en la prevención de preeclampsia. La incidencia de la enfermedad fue 18,18% en gestantes con licopeno y 18,29% en aquellas con placebo, siendo esta diferencia no significativa. La edad gestacional en la que se desarrolló la preeclampsia tampoco resultó diferente. Se encontró una diferencia en la incidencia de parto pretérmino en mujeres con licopeno (10,39% vs. 1,22%, valor p=0,02). Finalmente, no se encontraron diferencias en relación con el promedio de peso, pero hubo mayor incidencia de niños con bajo peso (<2,0 kg) en el grupo de gestantes que recibió licopeno (22,08% vs. 9,76% en el grupo placebo; p=0,05)	1++

(428).	
Una revisión sistemática que incluyó nueve ECC con 9.833 mujeres, determinó la relación entre el suplemento de vitamina C y E combinadas para la prevención de preeclampsia. El modelo de efectos aleatorios no mostró diferencias estadísticas entre el grupo de vitamina C y E contra el placebo. (RR= 0,98; IC 95%= 0,87-1,10) (429).	1+
Una revisión sistemática que incluyó nueve ensayos clínicos controlados evaluó el papel del ácido acetilsalicílico (ASA) en mujeres con riesgo incrementado de preeclampsia, acorde con los resultados del Doppler anormal de arterias uterinas. Se encontró que el inicio de ASA antes de la semana 16 (RR=0,48; IC 95%=0,33- 0,68), el inicio de ASA entre la semana 17 a 19 (RR=0,55; IC 95%=0,17-1,76), así como el inicio de ASA después de la semana 20 (RR=0,82; IC 95%=0,62-1,09) mostraron ser benéficos para la prevención de la preeclampsia. Iniciar ASA previo a la semana 16 también se relacionó con una reducción significativa de la incidencia de preeclampsia severa (RR=0,10; IC 95%=0,01-0,74), de hipertensión gestacional (RR=0,31; IC 95%=0,13-0,78) y de restricción del crecimiento intrauterino (RR=0,51; IC 95%=0,28-0,92) (430).	1+
Una revisión sistemática que incluyó 27 ECC evaluó el ASA en la prevención de preeclampsia y de restricción del crecimiento intrauterino en el embarazo temprano. Se encontró asociación entre el inicio de ASA antes de las 16 semanas y preeclampsia (RR=0,47; IC 95%=0,34-0,65), así como con restricción del crecimiento intrauterino (RR=0,44; IC 95%=0,30-0,65). Para inicio de ASA después de la semana 16 y riesgo de preeclampsia (RR=0,81; IC 95%=0,63-1,03) o riesgo de restricción del crecimiento intrauterino (RR=0,98; IC 95%=0,87–1,07) no se encontró asociación significativa (431).	1+
Un estudio de cohortes que incluyó 18.551 mujeres evaluó la relación del uso de multivitamínicos y la reducción del riesgo de preeclampsia en mujeres con peso	2-

normal en Dinamarca. Sin embargo, este estudio no tuvo criterios claros para determinar el efecto de los multivitamínicos. A pesar del tamaño de muestra el estudio no pudo ser incluido para generar recomendaciones en nuestra guía, debido a los multiples factores de confusión que pueden no estar corregidos en el análisis reportado, siendo el principal la exposición no claramente definida (432).	
Una revisión sistemática de nueve ECC que incluyó 19.810 mujeres, evaluó si los suplementos de vitaminas C y E durante el embarazo previenen la aparición de preeclampsia y otros efectos adversos en la madre y el niño. Para el desenlace principal (preeclampsia) no existieron diferencias entre mujeres que recibían vitaminas C y E vs. las mujeres que recibieron placebo (RR=1; IC 95%=0,92-1,09; heterogeneidad I^2=13%). Tampoco se encontró una reducción en la incidencia de la enfermedad en pacientes con diferentes niveles de riesgo para desarrollo de preeclampsia (433).	1++
Una revisión sistemática actualizada de 13 ECC que incluyó 15.739 mujeres, encontró una reducción del riesgo de preeclampsia (RR=0,45; IC 95%= 0,31-0,65) con la administración de suplemento de calcio. Esta reducción fue mayor en mujeres con alto riesgo de preeclampsia (RR=0,22; IC 95%=0,12-0,42) y en aquellas con una línea de base poblacional de bajo consumo de calcio (8 ECC, 10.678 mujeres, RR=0,36; IC 95%=0,2-0,65) (256).	1++
Una revisión sistemática que incluyó 10 ECC determinó el papel del calcio durante el embarazo en la prevención de preeclampsia en países en vía de desarrollo. Encontró que el uso de calcio como suplemento está asociado con una reducción en el riesgo de hipertensión gestacional (RR=0,55; IC 95%=0,36-0,85), preeclampsia (RR=0,41; IC 95%=0,24-0,69), mortalidad neonatal (RR=0,80; IC 95%=0,70-0,91) y nacimiento pretérmino (RR=0,70; IC 95%=0,56-0,88) en países en desarrollo (257).	1+

Un estudio de cohortes en Noruega con 23.423 mujeres evaluó la vitamina D como suplemento para la reducción del riesgo de preeclampsia en mujeres nulíparas. Se estimó un OR de 0,76 (IC 95%=0,6-0,95) para la presencia de preeclamsia cuando se compararon mujeres con un total de 15-20 mcg/dL de consumo diario de vitamina D, comparada con mujeres que tomaron menos de 5 mcg/dL de vitamina D al día (434).	2+
Un estudio de cohortes evaluó la ingesta de vitamina C y E y la reducción del riesgo de preeclampsia. Solo se encontró una correlación entre la disminución de la tendencia en la incidencia de preeclampsia con el aumento en la tendencia del consumo de vitamina C. Con ingestas de 130-170 mg/día no hubo cambios en el riesgo de preeclampsia (OR=1,21; IC 95%=0,83-1,75).	2+
Un ECC en 54 pacientes evaluó bajas dosis de aspirina durante fertilización in vitro y trastornos hipertensivos del embarazo. El estudio es de muy baja calidad metodológica, por lo que las conclusiones son difíciles de interpretar (435).	1-
Un ECC en 4.814 mujeres evaluó los efectos de antioxidantes en la disminución de la incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo. El estudio no encontró diferencias significativas en los desenlaces evaluados, siendo la morbilidad en el grupo de tratamiento de 3,55% vs. 4,18% en el grupo control (p>0,05) (436).	1-
Un ECC en 16 centros hospitalarios que incluyó 10.154 mujeres evaluó si las vitaminas C y E previenen complicaciones asociadas con hipertensión en el embarazo. No existieron diferencias significativas en relación con la incidencia de preeclampsia entre las mujeres con el tratamiento y aquellas en el grupo placebo (RR=1,07; IC 95%= 0,91-1,25) (437).	1++
Un ECC que incluyó 235 mujeres evaluó si la coenzima Q10 durante el embarazo reduce el riesgo de preeclampsia. Se encontró que el suplemento de coenzima Q10 disminuyó la incidencia de preeclampsia (RR=0,56; IC 95%= 0,33-0,96). Sin	1+

embargo, el GDG advierte que es importante tener en cuenta algunas fuentes de sesgo, como la toma simultánea de otras posibles medidas que previenen la aparición de preeclampsia (438).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La GPC del NICE adaptada para esta sección encontró evidencia suficiente para recomendar el uso de aspirina en mujeres con riesgo de preeclampsia. La dosis sugerida es de 75 mg/día, siendo esto acorde con los resultados del estudio de evaluación económica incluidos en dicha GPC (408). La nueva evidencia encontrada por el GDG refuerza esta recomendación. Por lo tanto el GDG decidió no modificar la recomendación proveniente en esta GPC, haciendo claridad que en Colombia la presentación de 75 mg de ASA no existe, estando la presentación de 100 mg incluida en el plan de beneficios.

Por otra parte, la GPC de NICE adaptada para esta sección no encontró evidencia referente a donadores de óxido nítrico, progesterona, diuréticos y heparinas de bajo peso molecular para su uso en prevención de preeclampsia (408). La nueva evidencia encontrada por el GDG refuerza esta recomendación. Con relación a suplementos de la dieta, la GPC adaptada no recomendó el uso de calcio debido a que su efectividad fue descrita en poblaciones con baja ingesta de calcio en la dieta de forma endémica, situación que no se presenta en el país en que se desarrolló dicha GPC. La nueva evidencia incluida es contundente acerca de la efectividad del calcio en países desarrollados y en aquellos en vía de desarrollo como el nuestro, y sobre toda en población con riesgo para preeclampsia. Teniendo en cuenta lo anterior, el GDG y el consenso de expertos consideró indispensable incluir como una recomendación importante para Colombia la suplementación con calcio. Esta suplementación debe ser de 1.200 mg de carbonato de calcio desde la semana 14 y hasta finalizar el embarazo.

Sobre otros suplementos en la dieta, la GPC de NICE adaptada para esta sección no recomienda el consumo de magnesio, ácido fólico, antioxidantes (vitaminas C y E), aceites

marinos ni ajo. El GDG, como producto de la nueva búsqueda de literatura, refuerza estas recomendaciónes y agrega a esta lista la vitamina D y la coenzima Q10.

CONCLUSIONES DE EVALUACIONES ECONÓMICAS (SUPLEMENTO DE CALCIO PARA REDUCIR INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA)

(Para una revisión completa de las evaluaciones económicas, ver Anexo 8)

El objetivo de la evaluación fue estimar la razón de costo-efectividad de la administración de 1.200 mg de calcio por día a partir de la semana 14 de gestación a todas las gestantes, comparada con no administrarlo para aumentar los años de vida ganados (AVG) asociados a la reducción en las defunciones maternas por preeclampsia.

El suplemento de calcio administrado a todas las gestantes a partir de la semana 14 de gestación es una alternativa costo efectiva frente a la no intervención. Por cada 100.000 gestantes, el suplemento de calcio permite ganar 200 años de vida. La razón de costo efectividad incremental por año de vida ganado obtenida fue de $1.376.995 y de $3.871.948 por año de vida ganado cuande se incluye una tasa de descuento del 5%. En ambos casos la RCEI se encuentra por debajo del PIB de Colombia.

En el análisis de sensibilidad de una vía se encontró que el resultado es sensible a la incidencia de la preclampsia y al costo de la tableta de carbonato de calcio. Con un umbral de aceptación de tres veces el PIB per cápita de 2.010 por AVG, equivalente a $36.143.350 (11), el calcio deja de ser una alternativa costo efectiva en Colombia si la incidencia de la preeclampsia es menor a 51,7 por 1.000 gestantes o el costo por tableta de carbonato de calcio de 600 mg es mayor a $454 pesos.

El análisis de sensibilidad probabilístico, en el que se incluyeron todas las variables de efectividad y costos, mostró que el suplemento de calcio es costo efectivo en el 99.95% de 10.000 simulaciones de Monte Carlo.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con alto riesgo de preeclampsia. Las mujeres con alto riesgo son aquellas que presentan alguna de las siguientes características: • Antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo en embarazos previos. • Enfermedad renal crónica. • Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido. • Diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2 • Hipertensión crónica.
A	Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia. Los factores que indican un riesgo moderado para preeclampsia son los siguientes: • Primer embarazo. • Edad de 40 años o más. • Intervalo intergenésico mayor a 10 años. • Índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m² en la primera visita. • Antecedentes familiares de preeclampsia. • Embarazo múltiple.
A	Se recomienda la ingesta de calcio en dosis de 1200 mg por día a todas las mujeres embarazadas a partir de la semana 14 de gestación.
A	No se recomienda el consumo de los siguientes suplementos, cuando se utilizan únicamente con el objetivo de prevenir hipertensión durante el embarazo: • Magnesio. • Ácido fólico. • Vitaminas C y E. • Aceites de pescado o aceites de algas. • Ajo. • Licopeno. • Coenzima Q10.
C	• Vitamina D.
A	No se recomienda el uso de ninguno de los siguientes medicamentos como prevención de hipertensión durante el embarazo: • Donantes de óxido nítrico. • Progesterona. • Diuréticos. • Heparinas de bajo peso molecular.

3. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES PARA LA ADECUADA MEDICIÓN DE LA PROTEINURIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA?

El diagnóstico de cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, incluyendo la preeclampsia, se realiza con la medición clínica de cifras de presión arterial en rangos anormales. La evaluación de proteinuria significativa es la prueba de elección para

determinar el tipo de trastorno hipertensivo al que corresponde la condición clínica a la que se está enfrentando el médico.

El valor de proteinuria para el diagnóstico de preeclampsia varía de acuerdo con la prueba de laboratorio que se utilice para determinar este valor. En general, se utilizan cuatro diferentes métodos para cuantificar las proteínas en la orina: tiras reactivas de lectura visual y lectura automatizada, evaluación de microalbuminuria, relación proteinuria–creatinuria y medición de proteínas en orina recolectada en 24 horas. Usualmente se utiliza como estándar de referencia la recolección de orina en 24 horas con valores mayores a 300 mg.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática investigó el valor del punto de corte de las tiras reactivas para uroanálisis (parcial de orina) tanto por lectura visual como automatizada. Se incluyeron siete estudios de pruebas diagnósticas con 1.841 mujeres. El estándar de referencia en todos los estudios fue la recolección de proteínas en orina de 24 horas, siendo 300 mg la referencia para proteinuria significativa. Se encontró que con un punto de corte de 1+, la sensibilidad y especificidad en la predicción de proteinuria de 300 mg/24 horas fueron, 55% (IC 95%=37-72) y 84% (IC 95%=57-95), respectivamente, para la lectura visual y de 82% y 81% para la lectura automatizada (439).	Ia
Un estudio diagnóstico de naturaleza prospectiva comparó la lectura visual de proteína y microalbuminuria con tiras reactivas vs. el uso de un sistema de lectura automática. La lectura visual obtuvo una sensibilidad de 51% (IC 95%= 39-63) y una especificidad de 78% (IC 95%= 76-90). La lectura automatizada obtuvo una sensibilidad de 82% (IC 95%= 71-90) y una especificidad de 81% (IC 95%= 71-88) (440).	Ib
Un estudio prospectivo realizado en Tailandia que incluyó 164 mujeres	II

embarazadas con diagnóstico de algún trastorno hipertensivo en el embarazo, comparó la exactitud diagnóstica de la proteinuria detectada en una recolección de orina de cuatro horas con la recolectada durante 24 horas. La sensibilidad estimada fue de 81% con especificidad de 88% (no se reportaron intervalos de confianza) (441).	
Un estudio en 29 mujeres comparó el valor diagnóstico de la proteína medida en una recolección de orina de 12 horas vs. la recolectada en 24 horas. Este estudio encontró una alta sensibilidad (96%) y especificidad (100%). Sin embargo, el escaso número de pacientes incluidos hace que no se puedan sacar conclusiones sobre estos resultados (442).	III
Un estudio prospectivo de evaluación de pruebas diagnósticas que incluyó 171 mujeres encontró que las tiras reactivas de lectura visual para microalbuminuria obtuvieron una sensibilidad de 49% (IC 95%= 38-61) con especificidad de 83% (IC 95%=74-90) comparadas con la recolección de orina en 24 horas (443).	Ib
Cinco estudios de evaluación de pruebas diagnósticas evaluaron la exactitud diagnóstica de la relación proteinuria–creatinuria, comparada con la proteína evaluada en orina recolectada en 24 horas para la detección de proteinuria significativa en mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo. La sensibilidad y especificidad fueron respectivamente: 80% y 74% en el estudio de Al y colaboradores (444), 66% y 95% en el estudio de Dwyer y colaboradores (445), 98% y 99% en el estudio de Leanos-Miranda y colaboradores (446), 94% y 80% en el estudio de Ramos y colaboradores (447) y 86.8 y 77.6% en el estudio de Wheeler y colaboradores (448).	II

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

De acuerdo con la nueva evidencia y aquella identificada en la GPC de NICE adaptada para esta sección, el GDG concluyó que las tiras reactivas de lectura automatizada tienen una baja exactitud diagnóstica, principalmente debido a una baja sensibilidad (408). Por tal razón el GDG no recomienda su uso. Por el contrario, el uso de un dispositivo de lectura automática mejora la sensibilidad de esta prueba, obteniéndose valores de hasta 82% y 81% en la sensibilidad y especificidad respectivamente, para la detección de proteinuria significativa.

Por otra parte, la relación proteinuria–creatinuria con un punto de corte de 30 mg/mmol mostró un rendimiento diagnóstico similar al de la lectura automatizada de tiras reactivas, pero muchos de estos estudios no mostraron evidencia de que la muestra fuese completa. Un estudio que contó con muestras completas encontró una alta exactitud con la predicción de proteinuria en muestras recolectadas en 24 horas, con un punto de corte de 30 mg/mmol.

Considerando todo lo anterior, el GDG y el consenso de expertos consideró que la evaluación de proteinuria significativa con lectura automatizada de tiras reactivas es una buena prueba de tamizaje en pacientes con riesgo de sufrir preeclampsia y que esta debe ser comprobada con la evaluación de proteinuria en orina recolectada en 24 horas o con la relación de proteinuria–creatinuria en muestra aislada. Si a las pacientes se les diagnostica hipertensión, la evaluación de la proteinuria significativa es obligatoria de forma inmediata y el esquema anterior puede ser utilizado.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda la medición de la proteinuria con tiras reactivas de lectura automatizada o usando la relación proteinuria – creatinuria en una muestra aislada en mujeres embarazadas con cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg.
B (↑)	Si se utilizan tiras reactivas de lectura automatizada para la detección de proteinuria significativa, y un resultado de 1+ o mayor es obtenido, se recomienda la confirmación de proteinuria significativa con la estimación de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada, o con la recolección de orina en 24 horas.
B	La proteinuria significativa se confirma si el valor de la relación proteinuria – creatinuria en muestra

(↑)	aislada es mayor de 30 mg/mmol o si el resultado de proteína en orina recolectada en 24 horas es mayor a 300 mg.
A	Si se utiliza recolección de orina en 24 horas como método diagnóstico de proteinuria significativa, debe existir un protocolo establecido que asegure que la muestra sí es de 24 horas en el lugar donde se realiza la prueba.

4. ¿ESTÁN RECOMENDADAS LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS DE TIROSIN KINASA-1 FMS-LIKE SOLUBLE (SFLT-1), FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (P1GF), FACTOR ENDOTELIAL DE CRECIMIENTO VASCULAR (VEGF), ENDOGLINA SOLUBLE (EGS) Y SERPINA PARA LA PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA?

Se han descrito algunas pruebas serológicos o marcadores que pueden predecir la aparición de preeclampsia. El conocimiento de estas pruebas con información exacta de su rendimiento diagnóstico mejorará la predicción y diagnóstico de la enfermedad.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas realizado en 704 pacientes con preeclampsia previa o hipertensión arterial crónica conocida, midió el PlGF, la inhibina A (IA) y SFlt-1 entre las semanas 12 y 19. Los resultados mostraron que a pesar de que la IA y otros factores obtenidos entre las semanas 12 y 19 están asociados a preeclampsia antes de la semana 37 (p<0,001), la sensibilidad (rango entre 39% y 52%) y los valores predictivos positivos resultantes son muy bajos (rango entre 3,4 y 4,5%), por lo que no podría utilizarse como pruebas de tamizaje en mujeres con preeclampsia previa o hipertensión arterial crónica (449).	Ib
Una revisión sistemática publicada en el 2.011, evaluó la SFLt-1 en el primer trimestre del embarazo. Se encontró que los niveles de SFLt-1 medidos en el primer trimestre se asociaron a mujeres que desarrollaron trastornos hipertensivos del embarazo (p<0,05). Sin embargo, los estudios encontrados tienen mucha heterogeneidad respecto a la medición y los desenlaces, así como problemas metodológicos de consideración (450).	2-

Un estudio de casos y controles anidado en un ensayo clínico controlado, comparó 72 mujeres con preeclampsia antes de la semana 37 con 120 mujeres con preeclampsia en edades de gestacionales mayores a 37 semanas, 120 mujeres con hipertensión gestacional, 120 mujeres normotensas quienes tuvieron niños pequeños para edad gestacional y 120 mujeres normotensas con hijos sanos. Se determinaron los niveles de Endoglina Soluble (EGs). Se encontró que en mujeres con preeclampsia la EGs se incrementó 2 o 3 meses antes de la aparición de la enfermedad. Después de la aparición de la preeclampsia, los niveles séricos en mujeres con preeclampsia pretérmino fueron de 42,4 ng/ mL, comparada con 9,8/mL en controles (p< 0,001). Los niveles séricos promedio en mujeres con preeclampsia a término fueron 31 ng/mL comparados con 13,3 ng/mL en controles (p< 0,001). Comenzando la semana 17 hasta la 20, los niveles de EGs fueron significativamente mayores en mujeres con preeclampsia pretérmino que en los controles y entre las semanas 25 a 28 fueron mayores en mujeres con preeclampsia a término que en los controles (451).	2+
Un segundo estudio de casos y controles anidado en una cohorte, que tuvo como fuente de pacientes el mismo ensayo clínico controlado del anterior, comparó mujeres con preeclampsia con mujeres sanas acorde con la edad gestacional con el fin de evaluar los niveles de PlGF entre las semanas 8 y 20 de gestación. Se encontró que los niveles de PlGF de los controles se incrementaron durante los dos primeros trimestres. Entre los casos, los niveles previos a la enfermedad fueron similares a los de los controles, pero los niveles se redujeron significativamente comenzando las semanas 25 a 28. Después del diagnóstico clínico de la enfermedad, el promedio urinario de PlGF en mujeres con preeclampsia fue de 32 pg/mL comparado con 234 pg/mL en mujeres sin preeclampsia (p<0.001). El OR ajustado de riesgo de preeclampsia de aparición antes de la semana 37 fue de 22,5 (IC 95%=7,4-67,8) para las muestras obtenidas entre las semanas 21 y 32 y cuyo valor estuvo en el cuartil más bajo de los niveles	2+

de PlGF de los controles (menor de 118 pg/mL) (452).	
Un último estudio fue realizado en la misma cohorte de mujeres que entraron en el ensayo clínico antes mencionado, con el objetivo de medir niveles de SFlt-1, PlGF libre y VEGF en mujeres sanas vs. mujeres que desarrollaron preeclampsia. Se encontró que durante los últimos dos meses del embarazo en controles normotensos, los niveles de SFlt-1 se incrementaron y los niveles de PlGF disminuyeron. Los cambios ocurrieron más temprano en la gestación y fueron mayores en las mujeres quienes desarrollaron preeclampsia. Para el SFlt-1, estos cambios se desarrollaron al menos cinco semanas antes que en las mujeres que no tuvieron preeclampsia. En el momento del diagnóstico de la enfermedad, el nivel promedio de SFlt-1 fue de 4.382 pg/mL, comparado con 1.643 pg/mL en controles con similar edad gestacional (p< 0.001). Los niveles de PlGF fueron significativamente menores en mujeres con preeclampsia que en los controles a las semanas 13 a 16 (90 pg/mL vs. 142 pg/mL, p= 0,01), con una mayor diferencia en las semanas previas a la aparición de la PE (453).	2+
Una cohorte evaluó en 668 mujeres con embarazos únicos entre la semana 10 y 15 de gestación, fragmentos de activación del complemento (Bb, C3a y sC5b-9) y factores relacionados con angiogénesis (PlGF, sFlt-1 y EGs). Se encontró que durante el embarazo temprano se incrementaron las concentraciones de factor de activación del complemento Bb y disminuyeron las concentraciones de PlGF en mujeres que después desarrollaron preeclampsia (p< 0,001), en comparación con las que no la desarrollaron (454).	2+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

De acuerdo con la evidencia encontrada, el GDG y el grupo de expertos concluyó que existe evidencia de calidad intermedia que reporta que diferentes pruebas serológicas centradas en niveles de factores asociados con angiogénesis, resultan anormales en mujeres que después desarrollarán manifestaciones clínicas de la enfermedad. Sin

embargo, esta evidencia no es suficiente para realizar una recomendación a nivel nacional para su uso rutinario. La utilización de estas pruebas se deja a criterio de especialistas en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo y podrían resultar útiles solo en situaciones clínicas individuales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	No se recomienda el uso rutinario de las siguientes pruebas serológicas: factor de crecimiento placentario (PlGF), inhibina A (IA), tirosine kinasa-1 fms-like soluble (sFlt-1), factor endotelial de crecimiento vascular (VEGF), endoglina soluble (EGs) y serpina, como pruebas predictoras de preeclampsia.

5. ¿ESTÁ RECOMENDADO EL USO DEL DOPPLER EN LA PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA EN PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN?

El Doppler es una prueba diagnóstica que tiene diferentes usos durante el embarazo. Se ha reportado información acerca de su exactitud diagnóstica en relación con la preeclampsia. Esta pregunta tiene como propósito determinar su real utilidad en la predicción de esta enfermedad.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática de 13 ECC con 8.633 mujeres evaluó la utilidad del Doppler de arteria umbilical para la evaluación fetal en mujeres con embarazos de alto riesgo. El riesgo no fue estandarizado en todos los ECC. Se encontró una asociación con la reducción de la mortalidad perinatal (OR=0,67; IC 95%= 0,47-0,97) y con recién nacidos con Apgar bajo a los 5 minutos (OR=0,89; IC 95%= 0,74-0,97). Asimismo, estas gestantes tuvieron menor probabilidad de ser admitidas antenatalmente (OR=0,56; IC 95%= 0,43-0,72) y de requerir cesárea de urgencia (OR=0,85; IC 95%= 0,74-0,97) (455).	1++
Un ECC realizado en Canadá evaluó la utilidad del Doppler de arteria umbilical para la detección de embarazos de alto riesgo. Se encontró que en mujeres con embarazos de alto riesgo monitorizadas con Doppler de arteria umbilical se	1+

aumentó la probabilidad de tener un reporte clasificado como anormal (RR=2,53; IC 95%= 1,43-4,81), pero disminuyó la probabilidad de cesárea (RR=0,53; IC 95%= 0,35-0,81) (456).	
Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas en 56 mujeres con preeclampsia previa, encontró que el Doppler de arteria uterina a las 24 semanas de gestación tuvo una sensibilidad y especificidad del 100% y 60%, respectivamente, para predecir preeclampsia cuando se usó índice de resistencia, así como una sensibilidad y especificidad del 100% y 66% cuando se utilizaron muescas unilaterales o bilaterales en mujeres con historia de preeclampsia previa (457).	II
Un estudio prospectivo de evaluación de pruebas diagnósticas en 54 mujeres con enfermedad renal conocida, mostró que el Doppler de arteria uterina entre las semanas 19-24 de gestación, tuvo una sensibilidad de 50% y especificidad de 75% cuando se utilizó el índice de resistencia (458).	II
Tres estudios de evaluación de pruebas diagnósticas mostraron que el Doppler de arteria uterina entre las semanas 22 a 24 de gestación tuvo una sensibilidad del 78-97% y una especificidad del 42-71% para predicción de preeclampsia en mujeres con diferentes factores de riesgo, pero estos factores no fueron homogéneos en los estudios (459-461).	II
Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas en 70 mujeres evaluó el Doppler de arteria uterina como predictor de desenlaces obstétricos adversos en mujeres con embarazos de alto riesgo. Se encontró una sensibilidad de 72% y una especificidad de 73% para la predicción de preeclampsia (462).	III
Una revisión sistemática evaluó siete biomarcadores junto con el Doppler de arteria uterina en el primer trimestre de embarazo, para la predicción de preeclampsia. Se buscaron estudios con evaluación de Doppler de arterias	III

uterinas y marcadores séricos individualmente o combinados, con marcadores séricos. Los marcadores fueron: ADAM12, f-hCG, inhibin A, activin A, PP13, PlGF, and PAPP-A. Se encontró asociación significativa de bajos niveles de PP13, PIGF y PAPP-A y elevación de Inhibina A. La revisión mostró que existen pocos estudios con alto nivel de evidencia o con resultados confiables (463).	
Una revisión sistemática de ECC que incluyó 14.185 mujeres evaluó la utilidad del Doppler de arteria uterina y fetal en embarazos de bajo riesgo. Se encontró que la calidad de los estudios encontrados por la revisión fue baja, y que estos mostraron que el Doppler umbilical y fetal en mujeres de bajo riesgo no mejoró los desenlaces de la madre o el hijo (464).	Ib

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

A pesar de que la guía NICE adaptada para esta sección considera que el uso del Doppler de arteria umbilical tiene beneficios en mujeres con embarazos de alto riesgo (408), el GDG en conjunto con los expertos consideró que la utilidad de esta prueba diagnóstica para predicción de preeclampsia en mujeres con alto o bajo riesgo no resulta muy clara, y dadas las condiciones de nuestro país no es posible recomendarla como prueba de uso rutinario.

En relación con el uso del Doppler de arteria uterina, la GPC de NICE adaptada para esta sección muestra que el valor predictivo en la predicción de preeclampsia en mujeres con alto riesgo no es claro y que los estudios existentes son de baja calidad (408), recomendación acogida plenamente por el GDG. Por otro lado, la nueva evidencia encontrada es más contundente al mostrar que su uso en mujeres de bajo riesgo tampoco puede ser recomendado. Es importante aclarar que a pesar de lo descrito sobre la evidencia, el uso de estas pruebas diagnósticas puede ser útil en escenarios clínicos particulares y por lo tanto la decisión de usarlas debe ser tomada por especialistas en esta patología. Es importante recordar, que la predicción de preeclampsia con el uso del

Doppler es un tema en pleno desarrollo y por lo tanto, existe la posibilidad de que la prueba demuestre su utilidad en estudios posteriores.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	No se recomienda el uso rutinario del Doppler de arteria uterina durante la gestación como predictor de preeclampsia.

6. ¿CON QUÉ PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DEBE REALIZARSE EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA?

Las mujeres con diagnóstico de preeclampsia tienen un riesgo mayor de morbi-mortalidad materna y fetal. Esta enfermedad es multisistémica y su diagnóstico obliga a realizar diferentes exámenes diagnósticos para determinar su severidad y para continuar el seguimiento. Esta pregunta tiene como propósito determinar qué tipo de pruebas deben realizarse con estos objetivos.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que encontró 16 estudios de evaluación de pruebas diagnósticas e incluyó 6.479 mujeres, mostró que la medición de proteinuria es un pobre predictor de complicaciones maternas o fetales en mujeres con preeclampsia ya diagnosticada. Los LR´s positivos oscilaron entre 1,0 y 2,0 unidades, lo cual es considerado como de pobre valor predictivo (465).	Ib
Una revisión sistemática de 41 estudios y 3.913 mujeres con preeclampsia evaluó la efectividad del ácido úrico sérico en la predicción de desenlaces maternos o neonatales adversos. Los LR´s resultantes del análisis mostraron que el ácido úrico sérico es un predictor débil de eclampsia (LR+=2,1; IC 95%= 1,4-3,5 y LR-=0,38; IC 95%= 0,18-0,81) y de hipertensión severa (LR+=1,7; IC 95%= 1,3-2,2 y LR-=0,49; IC 95%=0,38-0,34). Uno de los estudios incluidos evaluó la predicción del síndrome HELLP y no encontró LR´s estadísticamente significativos (LR+=1,6;	III

IC 95%= 0,73-3,3 y LR-=0,90; IC 95%= 0,81-1,0) (466).	
Un estudio observacional retrospectivo que incluyó 111 mujeres con preeclampsia evaluó factores asociados con complicaciones maternas y fetales en mujeres con preeclampsia. De las mujeres incluidas, 70 mujeres tenían preeclampsia no severa y 41 mujeres tenían preeclampsia severa. Factores como la creatinina, el ácido úrico y la albúmina sérica no mostraron resultados estadísticamente significativos en relación a los desenlaces maternos. Ninguno de los nueve factores (creatinina, ácido úrico, albúmina, hemoglobina, plaquetas, alanino amino trasnferasa (ALT), excreción de albúmina, presión sanguínea sistólica o diastólica) estuvieron asociados con bajo peso al nacer (467).	2+
Una cohorte que incluyó 737 mujeres encontró asociación entre un conteo plaquetario menor a 100.000 células/mm^3 (53 de 735 mujeres; p=0,001), transaminasas elevadas (352 de 737 mujeres; p<0,001) y creatinina mayor a 110 mmol/L (18 de 734; p<0,001) con desenlaces adversos maternos serios, pero no encontró relación con desenlaces perinatales (468).	2+
Una revisión sistemática de evaluación de pruebas diagnósticas que incluyó 13 estudios primarios que incluían 3.497 mujeres, evaluó la exactitud de las pruebas de función hepática para predecir complicaciones en mujeres con preeclampsia. Encontró que la presencia de enzimas hepáticas alteradas se asoció con la presencia de complicaciones maternas o fetales, pero su normalidad no descartó la enfermedad (esp= 0,79; IC 95%= 0,51-0,93) (469).	II

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

En la búsqueda de la literatura realizada por el GDG sólo se encontró una revisión sistemática que evaluó la asociación entre el nivel de proteinuria y desenlaces maternos o perinatales. Dicha revisión encontró una débil asociación de proteinuria mayor a 5 g en 24 horas con la admisión a unidad de cuidado intensivo neonatal y con el bajo peso al nacer.

Los LR´s encontrados fueron muy bajos. En general, el GDG y el grupo de expertos consideró que nuevas mediciones de proteinuria después del diagnóstico de preeclampsia no deben recomendarse de manera rutinaria (408). Asimismo, la evidencia es suficiente para monitorizar a estas gestantes con conteo plaquetario, creatinina sérica y transaminasas como indicadores de progresión de la enfermedad (408). La evidencia muestra que las pruebas de coagulación no son útiles, como parte del seguimiento, cuando el conteo plaquetario está por debajo de 100.000 células/mm^3.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda monitorizar al menos dos veces por semana con función renal, deshidrogenasa láctiva (LDH), electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.
A	En mujeres con preeclampsia no severa, no se recomienda repetir cuantificación de proteinuria.
D	Se recomienda medir la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario para asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 6 en 24 horas en pacientes con preeclampsia no severa.

7. ¿CUÁL ES EL MANEJO CLÍNICO RECOMENDADO PARA MUJERES CON PREECLAMPSIA NO SEVERA?

El manejo de la preeclampsia es esencial para disminuir el impacto negativo que tiene sobre la gestante o sobre el hijo. Esta pregunta pretende determinar las recomendaciones para el manejo de las mujeres con preeclampsia clasificada como no severa.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un ECC realizado en Sudán comparó la administración de 750 mg/día de metildopa vs. placebo para el tratamiento de la hipertensión en 74 mujeres con preeclampsia entre las semanas 28 a 36 de gestación. Se encontró que metildopa es efectiva en la prevención de la preeclampsia severa en comparación con placebo (RR=0,18; IC 95%= 0,06-0,55) (470).	1-
Un ECC realizado en Singapur comparó la administración de 250 mg de metildopa tres veces al día, con 2,5 mg de isradipine en 27 mujeres con preeclampsia. Los	1-

autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas al finalizar el seguimiento (471).	
Un ECC encontró que el labetalol redujo la progresión a hipertensión severa comparado con el grupo placebo (RR=0,36; IC 95%= 0,14-0,97) (472).	1+
Un ECC realizado en Estados Unidos encontró que el nifedipino con reposo en casa comparado con reposo en casa solamente, no mejoró los resultados maternos ni fetales en 200 mujeres con preeclampsia entre las semanas 26 y 36 de gestación (473).	1+
Una revisión sistemática determinó el efecto de diferentes intervenciones para prevenir y manejar la preeclampsia y eclampsia sobre mortinatos. Se encontraron 18 ensayos clínicos controlados para antihipertensivos y tres para sulfato de magnesio. Se encontró que los antihipertensivos no mostraron efectos en la incidencia de mortinatos (RR= 1,14; IC 95%= 0,60-2,17) como tampoco lo hizo el sulfato de magnesio (RR= 0,99; IC 95%= 0,87-1,12) (474).	1-
Una revisión sistemática evaluó el efecto del sulfato de magnesio y otros anticonvulsivantes en mujeres con preeclampsia. Los RR para los diferentes desenlaces fueron: riesgo de eclampsia: RR=0,41 (IC 95%=0,29-0,58), abrupcio de placenta: RR=0,64 (IC 95%=0,50=0,83); NNT=100 (IC 95%=50-1000). No existieron diferencias significativas para muerte materna: RR=0,54 (IC 95%= 0,26-1,10), morbilidad materna: RR=1,08 (IC 95%= 0,89-1,32) o la muerte neonatal: RR=1,04 (IC 95%= 0,93-1,15) (475).	1++
Una revisión sistemática de 6 ECC con 866 mujeres evaluó diferentes alternativas al sulfato de magnesio para mujeres con preeclampsia y eclampsia. Ninguno de los estudios encontrados pudo establecer resultados significativos para la aparición de convulsiones recurrentes (RR=1,13; IC 95%= 0,42-3,05) o mortinatos (RR=1,13; IC 95%= 0,66-1,92), siendo los estudios encontrados por la revisión	1+

sistemática calificados como de mala calidad (476).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Existe poca evidencia de buena calidad que sustente el tratamiento antihipertensivo en mujeres con preeclampsia no severa. Sin embargo, hay evidencia en mujeres no embarazadas que avala el tratamiento de hipertensión arterial en rangos menores a la definición de severidad. La poca evidencia encontrada, la extrapolación de la evidencia de mujeres no embarazadas así como la experiencia de consenso de los expertos consultados y del GDG de esta guía, consideraron pertinente el manejo de la hipertensión arterial con cifras menores a las cifras de severidad, principalmente debido a que no es infrecuente ver complicaciones propias de la hipertensión en las gestantes, como abrupcio de placenta o eclampsia, en pacientes con cifras tensionales apenas elevadas e incluso en rangos de pre-hipertensión. En este sentido, el labetalol y el nifedipino han demostrado seguridad y efectividad en el control de la presión arterial en mujeres embarazadas, por lo que se recomienda su uso (408). Con relación al manejo anticonvulsivante, existe evidencia que sostiene que su uso no mejora desenlaces relacionados con la mortalidad materna o neonatal, aunque dicha evidencia es muy escasa. Por lo tanto el GDG consideró que no debe darse tratamiento anticonvulsivante de rutina a mujeres con preeclampsia no severa. Por último, debido a la dificultad de encontrar evidencia contundente en el manejo de estas pacientes y dada la complejidad de la patología, se recomienda que las pacientes sean manejadas por especialistas en trastornos hipertensivos del embarazo.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se recomienda que el manejo de las mujeres con preeclampsia sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
A	En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda la hospitalización y el tratamiento antihipertensivo. En mujeres con cifras tensionales superiores a 150/100 mmHg se recomienda manejo con labetalol o nifedipina oral como primera línea con los siguientes objetivos: • Lograr presión diastólica igual o menor de 90 mmHg. • Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.

C	Se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia en quienes se contraindique el uso de labetalol, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa o nifedipino.

8. ¿EN QUÉ MOMENTO ESTÁ RECOMENDADO DEL PARTO EN MUJERES CON PREECLAMPSIA?

El momento del parto en la gestante con preeclampsia resulta una pregunta de gran importancia y a la que se enfrenta el clínico en la práctica clínica diaria, ya que implica hacer el balance entre los posibles desenlaces adversos en la madre o en el hijo y los posibles beneficios de tal determinación.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un ECC realizado en Estados Unidos evaluó el manejo expectante vs. el manejo agresivo en mujeres con preeclampsia severa, incluyendo a 95 mujeres entre las semanas 28 y 32 de gestación. Las mujeres con manejo agresivo tuvieron mayor probabilidad de tener hijos con enfermedad de membrana hialina (RR=2,23; IC 95%= 1,23–4,04) y enterocolitis necrotizante. Además tuvieron mayor probabilidad de requerir unidad de cuidado intensivo neonatal (RR=2,25; IC 95%= 1,12–4,53) (477).	1++
Un ECC realizado en Sudáfrica incluyó 38 mujeres entre las semanas 28 a 34 de gestación con preeclampsia severa. Se encontró una disminución en el número de complicaciones neonatales en las mujeres con manejo expectante (RR=2,25; IC 95%=1,12–4,53) (478).	1+
Un ECC evaluó el momento apropiado para el parto en embarazos entre la semanas 24 y 36 cuando existió posible compromiso fetal. 273 mujeres se incluyeron en manejo agresivo y 274 en manejo expectante. No se encontraron diferencias significativas entre el manejo expectante y el agresivo (479).	1+
Un estudio de cohortes retrospectivo acerca del manejo expectante en 155 mujeres con preeclampsia severa antes de la semana 34 de gestación, mostró	2+

que el desenlace neonatal estuvo más relacionado con la edad gestacional que con el grado de restricción del crecimiento (480).	
Un estudio retrospectivo poblacional que incluyó 3.760 recién nacidos, encontró que el manejo expectante de mujeres con preeclampsia con y sin síndrome HELLP tuvo resultados maternos y neonatales similares (481).	2+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra una clara asociación entre el manejo agresivo (parto inmediato) y el incremento en la morbilidad neonatal, sin lograr una disminución de la morbilidad materna en las mujeres con preeclampsia severa. Por lo tanto, el GDG en consenso con los expertos consultados, consideró que el manejo expectante, intentando sobrepasar la semana 34 de gestación, debe ser considerado antes que cualquier otra alternativa (408). Obviamente, existen condiciones maternas o fetales que obligan al parto de forma inmediata. Sin embargo, la evidencia disponible no es clara en cuanto a los criterios maternos necesarios para tomar la decisión de interrumpir la gestación y en general, se considera que estos criterios deben ser individualizados y definidos de acuerdo con la experticia del grupo de manejo así como a la infraestructura con la que este cuente. Sobre esta base, la recomendación deja como único criterio estricto para terminar la gestación, la imposibilidad de controlar la presión arterial, mientras que la disfunción de órganos es un criterio a evaluar de acuerdo con su severidad y el nivel de complejidad del sitio de atención. Se resalta que el tratamiento de las pacientes con preeclampsia severa, debe ser realizado por equipos multidisciplinarios con experiencia y entrenados para realizar intervenciones de urgencia sobre la madre o el hijo, en un espacio diferente al de la hospitalización convencional, con las mismas características generales de una unidad de cuidado intermedio. En pacientes con gestaciones mayores a 36 semanas, no se considera necesario el manejo expectante.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	En general se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia (severa o no severa) un manejo conservador (es decir, no planear la interrupción de la gestación) antes de la semana 34.
A	El equipo obstétrico debe definir umbrales o límites para la madre y el hijo (con resultados bioquímicos, hematológicos y clínicos), para ofrecer parto electivo antes de la semana 34, mediante la escritura de un plan de manejo. En mujeres con preeclampsia antes de la semana 34 se recomienda ofrecer el parto, previo esquema de corticosteroides, y notificación al equipo neonatal y de anestesia, en caso de: • Hipertensión severa refractaria al tratamiento, o • Indicaciones maternas o fetales de acuerdo al plan descrito anteriormente.
A	En mujeres con preeclampsia severa después de la semana 34, se recomienda el parto cuando la presión arterial esté controlada y se complete un esquema de corticosteroides (si se consideró su uso) para maduración pulmonar fetal.
A	Se recomienda ofrecer el parto a las mujeres con preeclampsia no severa en la semana 37, o antes, dependiendo de las condiciones maternas y fetales (criterios de severidad) y la disponibilidad de una unidad de cuidado intensivo neonatal.

9. ¿CUÁL ES EL MANEJO CLÍNICO MÁS RECOMENDADO DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO ANTES DE LA SEMANA 20?

Dada la prevalencia de la hipertensión arterial crónica en la población adulta, junto con el aumento del riesgo de preeclampsia en mujeres que la padecen, resulta importante definir el manejo de mujeres con hipertensión crónica o con hipertensión detectada antes de la semana 20 del embarazo.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una estudio de cohortes retrospectivo realizado en Estados Unidos que incluyó 29.096 gestantes atendidas por el Tenessee Medicaid para atención del parto entre 1.985 y 2.000, encontró que las mujeres que consumen inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) tuvieron tres veces más riesgo de tener hijos con malformaciones congénitas (RR=2,71, IC 95%= 1,72-4,27) (482).	2+
Una serie de casos realizada en Estados Unidos evaluó los efectos adversos derivados del uso del enalapril entre 1.986 y 2.000. Encontró que el 32% de las mujeres que consumían enalapril hasta después de la semana 16 tuvieron hijos con malformaciones congénitas, así como que 50% de las mujeres que lo	3

consumieron hasta después de la semana 20 sufrieron de restricción del crecimiento intrauterino (483).	
Una serie de casos (19 recién nacidos de madres que consumieron IECAs) encontró que tres de los pacientes incluidos tuvieron morbilidad neonatal seria. Uno de ellos tuvo insuficiencia renal que requirió diálisis. El segundo de ellos tuvo microcefalia y encefalocele occipital. El último de ellos fue hipoglicémico (484).	3
Una serie de casos, realizada en el Reino Unido que incluyó 18 mujeres quienes estuvieron expuestas a IECAs durante el embarazo, encontró mortalidad neonatal en dos mujeres que tenían patologías concomitantes serias (una Diabetes tipo 1 y la otra un remplazo de válvula mitral). No se encontraron eventos adversos serios en ninguno de los otros recién nacidos (485).	3
Una revisión sistemática de series y reportes de casos investigó la seguridad de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II). Esta revisión encontró que en general, el 42% de los embarazos tuvieron nacimientos con resultados desfavorables, definidos como cualquier malformación congénita (486).	3
Un ECC que incluyó a 300 mujeres de los Estados Unidos comparó el efecto de la metildopa y el labetalol vs. no tratamiento en la hipertensión crónica. No se encontraron diferencias entre los grupos y la incidencia de preeclampsia (487).	1-
Un ECC realizado en los Estados Unidos investigó la eficacia de metildopa en la hipertensión crónica (n=25) vs. placebo. Se encontró que la incidencia de preeclampsia fue similar en los dos grupos de tratamiento (488).	1-
Un ECC realizado en el Reino Unido evaluó la efectividad del atenolol en el tratamiento de la hipertensión crónica en 176 mujeres embarazadas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tratamiento y el placebo en el promedio de la presión diastólica (Diferencia=7,0	1-

mmHg; IC 95%=2,9-10; p=0,001), así como en el promedio de peso al nacer (Diferencia=901 g; IC 95%= 440-1380; p<0,001) (489).	
Un ECC realizado en Estados Unidos evaluó el efecto de continuar con diuréticos o suspender su uso durante el embarazo (n=20 mujeres). Se encontró que las mujeres con este tratamiento antihipertensivo tuvieron menor incidencia de hipertensión severa en el embarazo (p>0,05) (490).	1-
Un ECC realizado en Egipto comparó la efectividad realizar un control estricto vs. un control menos estricto de la hipertensión en hipertensión crónica o gestacional no severa. Las gestantes en el grupo estricto tuvieron menor probabilidad de desarrollar hipertensión severa o ser ingresadas al hospital (RR=0,39; IC 95%= 0,18-0,86) y menor probabilidad de parto pretérmino (RR=0,52; IC 95%= 0,28-0,99). No existieron diferencias en términos de muerte fetal intrauterina, ingreso a unidad de cuidado neonatal o restricción de crecimiento intrauterino (491).	1+
Un ECC evaluó el control estricto vs. control menos estricto de la presión arterial en 132 mujeres con hipertensión crónica o gestacional. No se encontraron diferencias significativas en los grupos en términos de la edad gestacional en el parto (36,9 ± 3,0 semanas vs. 36,3 ± 3,3 semanas; p=0,278), complicaciones perinatales serias (RR=0,63; IC 95%=0,29-1,36) o necesidad de unidad de cuidado neonatal (RR=0,67; IC 95%= 0,38-1,18). Sin embargo, el riesgo de hipertensión severa fue menor en las mujeres que recibieron control estricto (RR=1,42; IC 95%= 1,00-2,01) (492).	1+
Un metanálisis realizado en Canadá que incluyó 45 ECC con un total de 3.773 mujeres, encontró que por cada 10 mmHg que disminuyó la presión arterial media en mujeres que tomaron antihipertensivos se asoció con una disminución de 145 g en el peso al nacimiento y aumento de la proporción de pequeños para	1+

la edad gestacional (p<0,05) (493).	
Una revisión de dos ECC evaluó el control estricto (PAS: <140 mmHg y PAD: <90 mmHg) y muy estricto (PA: <130/80 mmHg) de la presión arterial en hipertensión preexistente y gestacional. La revisión incluyó 256 gestantes con hipertensión arterial moderada o hipertensión gestacional no proteinúrica. No se encontraron diferencias entre control estricto vs. el control muy estricto de la presión arterial en el desarrollo de preeclampsia severa (RR=1,28; IC 95%= 0,97-1,70). Los autores concluyeron que no hay suficiente evidencia para determinar que tan estricto debe ser el control de la presión arterial en mujeres embarazadas con hipertensión inducida por el embarazo sin proteinuria o hipertensión preexistente (494).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia encontrada en relación con la seguridad de los antihipertensivos sugiere que existe un incremento en el riesgo de malformaciones congénitas, restricción del crecimiento intrauterino y enfermedad renal, en los hijos de madres que estuvieron expuestas a IECAs durante el embarazo. Por otro lado, mujeres expuestas a ARA-II durante el embarazo pueden ver incrementado el riesgo de malformaciones congénitas. A pesar de que la calidad de los estudios encontrados no es óptima, y considerando el gran riesgo sobre los hijos de estas mujeres y la existencia de alternativas terapéuticas seguras, el GDG recomienda no utilizar IECAs ni ARA-II durante el embarazo, acogiendo la recomendación de la GPC de NICE adaptada para esta sección (408). Cuando la mujer se encuentre en tratamiento con estos medicamentos y no conozca su estado de embarazo, en el momento de la confirmación del embarazo se debe ofrecer el cambio de medicamento. Por otro lado, de acuerdo a la revisión de la GPC de NICE adaptada para esta sección, así como a reportes de las agencias reguladoras de medicamentos internacionales (FDA y EMEA), se encuentran diferentes alternativas de medicamentos antihipertensivos con perfiles de seguridad y alertas conocidas. En general, se encuentra

que las clorotiazidas se han relacionado con un riesgo mayor de anormalidades congénitas, trombocitopenia neonatal, hipoglicemia e hipovolemia. Por tal razón, al igual que la GPC de NICE adaptada para esta sección, el GDG decidió no recomendar su uso durante el embarazo (408).

Con relación al tratamiento de elección para el manejo de la hipertensión, tanto la GPC de NICE adaptada para esta sección como el GDG, encuentran que no existe evidencia disponible suficiente para sugerir un tratamiento de preferencia en mujeres con hipertensión crónica (408). Al parecer existe evidencia que el tratamiento de la hipertensión en mujeres con hipertensión crónica disminuye el riesgo de progreso a hipertensión severa, pero no el progreso a preeclampsia, aunque la evidencia es débil. Por último, aunque la evidencia es escasa en la comparación de diferentes alternativas terapéuticas respecto a desenlaces de morbimortalidad materna o neonatal de importancia (excepto la progresión a hipertensión severa), si existe evidencia en mujeres no embarazadas adultas con hipertensión no severa con relación al control de presión arterial. Los ensayos clínicos de alta calidad y sus posteriores metanálisis muestran diferencias en relación con el nivel o control de la presión arterial. Por lo que, tanto la GPC de NICE adaptada para esta sección como el GDG consideran que es necesario el control de la presión arterial en mujeres con hipertensión crónica (408).

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se recomienda informar a las mujeres que toman inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y/o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) de: • El mayor riesgo de anomalías congénitas si estos medicamentos se toman durante el embarazo. • La importancia consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo en la planeación del embarazo. • La necesidad de detener la ingesta del tratamiento antihipertensivo idealmente dentro de los dos días siguientes a la notificación del embarazo y la necesidad de elegir alternativas terapéuticas.
D	En mujeres que toman diuréticos clorotiazídicos se recomienda que sean advertidas en los siguientes temas: • Informar a la mujer embarazada que puede haber un mayor riesgo de anomalías congénitas y complicaciones neonatales, si estos medicamentos se toman durante el embarazo. • Si planea un embarazo, se recomienda consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo.
D	Se recomienda informar a las mujeres que toman tratamientos antihipertensivos diferentes a IECAs, ARA-II o diuréticos clorotiazídicos, que existe poca evidencia disponible sobre estos tratamientos y

	que no han demostrado relación con la presentación de malformaciones congénitas.
A	En mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada se recomienda mantener la presión arterial por debajo de 150/100 mmHg.
A	No se recomienda reducir la presión arterial diastólica por debajo de 80 mmHg a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada.
D	Se recomienda remitir a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica secundaria, a un especialista en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
D	Se recomienda ofrecer a mujeres con hipertensión crónica, tratamientos antihipertensivos existentes dependiendo de los perfiles de efectos adversos y teratogenicidad.

10. ¿CUÁL ES EL MANEJO CLÍNICO RECOMENDADO DE MUJERES CON HIPERTENSIÓN GESTACIONAL?

Con frecuencia la primera manifestación de la preeclampsia es la hipertensión sin proteinuria. Esta pregunta pretende dar recomendaciones de manejo de pacientes que después de la semana 20 presentan hipertensión sin proteinuria, la cual se denomina hipertensión gestacional. Las recomendaciones están básicamente dirigidas a las pruebas diagnósticas de seguimiento necesarias y al tratamiento antihipertensivo.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un estudio realizado en Italia evaluó la utilidad de los niveles de ácido úrico sérico para predecir proteinuria en 108 mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo, de las cuales el 37% tenía hipertensión crónica. Se encontró una baja sensibilidad (sens=60%; IC 95%= 31,3-83,2) y baja especificidad (esp=87%; IC 95%= 78,6-92,1) para esta prueba (495).	III
Un estudio desarrollado en el Reino Unido investigó la utilidad del ácido úrico sérico y el conteo plaquetario en la predicción de la proteinuria significativa (preeclampsia). La población evaluada fueron 325 mujeres embarazadas remitidas desde control prenatal con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo. La sensibilidad del ácido úrico sérico estimada fue de 21,2% (IC 95%= 12,2-34) y la especificidad de 86,5% (IC 95%= 78,9-91,6), usando un punto de corte de 0,35 mmol/litro. En cuanto al conteo plaquetario, con un punto de corte	III

de 150 x 10^9 células/L, la sensibilidad fue menor al 10% (sens=7,7%; IC 95%= 3,0-18,2), pero la especificidad fue del 95,5% (IC 95%= 89,9-98,1) (496) .	
Un estudio de casos y controles encontró que el ácido úrico tiene una sensibilidad del 65% y una especificidad del 47% para predecir preeclampsia en mujeres con sospecha de hipertensión gestacional. Este mismo estudio encontró que no existe una relación entre el conteo plaquetario y el diagnóstico posterior de preeclampsia o restricción del crecimiento intrauterino. La creatinina tuvo una sensibilidad del 62% y especificidad del 49% para predecir preeclampsia, mientras que la ALT no mostró resultados significativos en la predicción de preeclampsia. Por último, se encontró que la presión sistólica una sensibilidad entre 62-64% y una especificidad entre 54-65% a diferentes puntos de corte, y la presión diastólica obtuvo una sensibilidad entre 45-89% y una especificidad entre 24-80% (497).	II
Dos ECC publicados en tres artículos separados evaluaron la efectividad del labetalol en comparación con el placebo en mujeres con hipertensión gestacional. Uno de ellos reportó que las mujeres que tomaban labetalol tuvieron un riesgo menor de desarrollar hipertensión severa comparadas con las gestantes que tomaban placebo (RR=0,35; IC 95%= 0,14-0,92). El otro ensayo no mostró efectos del labetalol en los desenlaces evaluados (498-500).	1-
Un ECC que evaluó el efecto de atenolol en mujeres con hipertensión gestacional, encontró que la mujeres que recibían tratamiento tuvieron menos ingresos al hospital que las que tomaron placebo (RR=0,41; IC 95%=0,27-0,62) (501).	1-
Un ensayo clínico evaluó la efectividad del oxprenolol en esta población de mujeres (502). No encontraron resultados significativos en comparación con placebo.	1-
Un estudio cuasi-experimental comparó metildopa y labetalol en gestantes,	1-

encontrando que las mujeres que recibían labetalol tuvieron menor riesgo de desarrollar proteinuria que las mujeres que recibían metildopa (RR=0,04; IC 95%=0,003-0,73) (503).

La revisión que realizó NICE en la GPC adaptada para esta sección,encontró 19 estudios adicionales en poblaciones mixtas, todos de baja calidad, los cuales evaluaron medicamentos como metildopa, hidralazina, alfa y beta bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio. Estos estudios no se detallan por su alto riesgo de sesgo, así como la imposibilidad de extrapolación de las poblaciones a la población objeto de esta guía (408).

Un ECC realizado en 50 mujeres con hipertensión gestacional comparó la utilidad de nifedipino y metildopa con el fin de determinar cuál de los dos antihipertensivos controlaba mejor la presión arterial en estas gestantes. Se encontró que ambos tratamientos fueron igual de efectivos para el control de la presión arterial en esta población de mujeres (504). | 1-

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La revisión realizada por la GPC de NICE adaptada para esta sección, muestra que existe pobre evidencia acerca del papel de las pruebas bioquímicas en mujeres con hipertensión gestacional (408). Casi todas las pruebas parecen no predecir adecuadamente el desarrollo de preeclampsia. Sin embargo, el GDG junto con el consenso de expertos, consideró que los valores negativos de estas pruebas si son buenos predictores en la práctica cotidiana de no progreso de la enfermedad, por lo cual se recomienda su utilización. Por otro lado, la vigilancia del valor de proteinuria es importante para descartar el diagnóstico de hipertensión gestacional y confirmar el de preeclampsia. En cuanto al tratamiento antihipertensivo, se encuentra que en la mayoría de los estudios la calidad de la evidencia es baja y no es concluyente sobre su utilización en este grupo de gestantes. Sin embargo, como en el caso de la hipertensión crónica, existe alguna evidencia que muestra que el tratamiento antihipertensivo disminuye el riesgo de

progresión a hipertensión severa. Asimismo, el labetalol parece ser el tratamiento de elección para el manejo de hipertensión gestacional en estos casos. Por último, y al igual que en el manejo de la hipertensión crónica, la hipertensión gestacional con valores tensionales compatibles con hipertensión severa o con lesión de órgano blanco, deben ser tratadas con las mismas consideraciones de la preeclampsia severa.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se recomienda que el manejo de la mujer con hipertensión gestacional sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
D	En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mmHg y 149/99 mmHg, se recomienda: • Realizar el monitoreo con pruebas diagnósticas recomendado en la sección de control prenatal para mujeres de bajo riesgo. • Realizar una consulta médica semanal a control prenatal para seguimiento de presión arterial y evaluación de proteinuria. • No utilizar ningún tratamiento antihipertensivo.
B	En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mm Hg y 149/99 mm Hg, se recomienda monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria.

D	En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 150/100 mmHg y 159/109 mmHg, se recomienda:
	• Monitorizar una sola vez con función renal, electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.
	• Realizar dos consultas médicas semanales a control.
	• Monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria.
	• No realizar monitoreos adicionales, si no se documenta proteinuria en las visitas posteriores.
	• Tratamiento antihipertensivo con labetalol o nifedipino oral como primera línea con los siguientes objetivos:
	  ○ Lograr presión diastólica igual o menor a 90 mmHg.
	  ○ Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.
	Se recomienda la hospitalización sólo si no se puede garantizar el tratamiento y seguimiento indicados.

D	Se recomienda ofrecer a las mujeres con hipertensión gestacional en quienes se contraindique el uso de labetalol y nifedipino, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa.
D	Se recomienda que la paciente registre diariamente su presión arterial y que dichas mediciones sean verificadas por el profesional de la salud en cada visita.

11. ¿CUÁL ES EL MANEJO CLÍNICO RECOMENDADO DE MUJERES CON PREECLAMPSIA SEVERA ANTEPARTO E INTRAPARTO?

Se denomina gestante con preeclampsia severa a toda mujer embarazada con diagnóstico de preeclampsia (hipertensión y proteinuria significativa), que presente cualquiera de las siguientes características clínicas:

- Hipertensión severa (tensión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg)

  o

- Cualquiera de los siguientes:
  - Dolor de cabeza severo.
  - Problemas con visión, como visión borrosa o fosfenos.
  - Dolor intenso subcostal o vómito.
  - Papiledema.
  - Clonus (≥ 3+).
  - Hipersensibilidad a la palpación hepática.
  - Síndrome HELLP.
  - Trombocitopenia (conteo de plaquetas menor de 150.000/mm^3).
  - Elevación de LDH.
  - Enzimas hepáticas anormales (ALT o AST).

Esta condición clínica conlleva una gran morbi-mortalidad materna y perinatal. El manejo clínico adecuado de estas mujeres es vital para disminuir la mortalidad de las mujeres afectadas por esta patología y la de sus hijos. Su manejo está relacionado directamente con el tratamiento anticonvulsivante y antihipertensivo, el momento y las condiciones del parto y el manejo de algunas condiciones clínicas especiales, como la eclampsia y el síndrome HELLP.

Por su alta complejidad, y más aún por el riesgo de complicaciones mayores, las pacientes con preeclampsia severa deben ser hospitalizadas y tratadas en unidades especiales para su manejo, denominadas como cuidados intermedios, alto riesgo obstétrico o alta

dependencia obstétrica., Resulta fundamental que el monitoreo sea mucho más estrecho que el que se ofrece usualmente en una hospitalización en piso.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Anticonvulsivantes

Una revisión sistemática de ECC mostró que en mujeres con preeclampsia severa y no severa, el sulfato de magnesio ofreció una mayor mejoría en comparación que no dar tratamiento, para prevenir la eclampsia. Sin embargo, no existieron diferencias significativas en otros desenlaces como mortalidad materna o morbilidad materna severa. Con relación a la preeclampsia severa, esta revisión encontró tres ensayos clínicos controlados que estimaron un RR para eclampsia de 0,37 (IC 95%= 0,22-0,64) con el uso de sulfato de magnesio (475).	1++
Un ECC evaluó el pronóstico y posibles eventos adversos relacionados con el uso de sulfato de magnesio en una cohorte de 7.927 mujeres con preeclampsia. Se siguieron las madres por dos años y sus hijos por 18 meses. No se encontraron diferencias significativas entre los comparadores en relación con el desenlace de mortalidad relacionada con preeclampsia (RR=0,84; IC 95%= 0,60-1,18). En la evaluación de subgrupos, se encontró que en las mujeres con preeclampsia severa que fueron tratadas con sulfato de magnesio existieron diferencias en “problemas ginecológicos” (RR=1,59; IC 95%= 1,17-2,16). También se evaluó si los hijos de mujeres tratadas con sulfato de magnesio, tenían mayor discapacidad sensorial, pero no se encontraron diferencias significativas en este desenlace (RR=1,10; IC 95%= 0,93-1,29) (505, 506).	1++
Una revisión Cochrane identificó siete ECC con 1.396 mujeres con eclampsia, en donde el sulfato de magnesio tuvo mejores resultados (estadísticamente significativos) que el diazepam para prevenir muertes maternas (RR=0,59; IC 95%= 0,38-0,92) y recurrencia de las convulsiones (RR=0,43; IC 95%= 0,33-0,55).	1++

Los hijos de las mujeres tratadas con sulfato de magnesio tuvieron menor probabilidad de una estancia mayor a siete días en la unidad de cuidados intensivos neonatal (RR=0,66; IC 95%= 0,46-0,96), de necesidad de intubación al nacimiento (RR=0,67; IC 95%=0,45-1,00) o de un puntaje de Apgar menor a siete al minuto (RR=0,75; IC 95%= 0,65-0,87) y cinco minutos (RR=0,70; IC 95%= 0,54-0,90) después del nacimiento (507).

En una revisión sistemática de ECC en mujeres con eclampsia (siete ECC con 972 mujeres), el sulfato de magnesio fue mejor que la fenitoína para la prevención de convulsiones recurrentes (RR=0,34; IC 95%= 0,24-0,49). También se encontraron mejores resultados en este grupo de pacientes con relación a la admisión a UCI o necesidad de soporte ventilatorio. No se encontraron diferencias en términos de mortalidad materna (RR=0,50; IC 95%= 0,24-1,05). Los hijos de las mujeres tratadas con sulfato de magnesio tuvieron menor probabilidad de ser ingresados a unidad de cuidado intensivo neonatal, de estancia en la unidad mayor a siete días o de muerte después de los siete días (508). 1++

Una revisión sistemática que incluyó tres ECC y 397 mujeres, encontró que en mujeres con eclampsia el sulfato de magnesio fue mejor que el coctel lítico para prevenir convulsiones recurrentes (RR=0,06; IC 95%= 0,03-0,12), coma después de 24 horas (RR=0,04; IC 95%= 0,00-0,74) además de provocar menor depresión respiratoria (RR=0,12; IC 95%= 0,02-0,91). La mortalidad fetal o infantil fue significativamente menor en el grupo tratado con sulfato de magnesio (RR=0,35; IC 95%=0,05-2,38) (509). 1++

Antihipertensivos

Una revisión sistemática evaluó diferentes ensayos clínicos controlados con cualquier comparación de un agente antihipertensivo con otro, independiente de la dosis, vía de administración o duración de la terapia, para el manejo de mujeres con hipertensión severa en cualquier trastorno hipertensivo en el 1++

embarazo. Los antihipertensivos evaluados en estos ensayos fueron hidralazina, bloqueadores de canales de calcio, labetalol, metildopa, diazoxide, epoprostenol, ketanserin, urapidil, sulfato de magnesio, prazosin e isorbide. No se encontraron diferencias entre labetalol e hidralazina. Se encontró que las mujeres tratadas con bloqueadores de canales de calcio tuvieron menor probabilidad de tener cifras tensionales persistentemente altas comparadas con mujeres tratadas con hidralazina. Por otra parte, las mujeres tratadas con ketanserin mostraron menor persistencia en las cifras de presión arterial elevada en comparación con mujeres tratadas con hidralazina, pero las mujeres tratadas con hidralazina, mostraron menor probabilidad de desarrollar síndrome HELLP. No se encontraron diferencias significativas entre urapidil e hidralazina, entre epoprostenol e hidralazina, entre labetalol y bloqueadores de canales de calcio y entre labetalol y metildopa. Las mujeres tratadas con labetalol tuvieron más episodios de hipotensión que las tratadas con diazoxide en uno de los ensayos clínicos encontrado en esta revisión. No se encontraron diferencias significativas entre nitratos y sulfato de magnesio, entre nifedipino y clorpromazina ni entre nifedipino y prazosin. Las mujeres tratadas con nimodipina tuvieron menor probabilidad de hipertensión persistente y efectos adversos ("*flushing*") que las mujeres tratadas con sulfato de magnesio (510).	
Una revisión sistemática que identificó 21 ECC con 1.085 mujeres, comparó hidralazina con otros antihipertensivos en mujeres con hipertensión severa. Se evaluaron cinco comparaciones (labetalol, bloqueadores de canales de calcio, ketanserin, urapidil o epoprostenol, todos con hidralazina). Se encontró que las mujeres tratadas con labetalol, tuvieron presiones arteriales más altas que las mujeres tratadas con hidralazina. Asimismo, se encontró que las mujeres tratadas con bloqueadores de canales de calcio tuvieron hijos con menor probabilidad de tener desaceleraciones cardíacas comparadas con los hijos de las mujeres tratadas con hidralazina. Las mujeres tratadas con ketanserin mostraron menor	1++

probabilidad de tener efectos adversos en comparación con las mujeres tratadas con hidralazina. No se encontraron diferencias significativas entre urapidil e hidralazina ni entre epoprostenol e hidralazina (511).	
Un ECC no enmascarado realizado en Panamá que comparó labetalol con hidralazina en 200 mujeres con hipertensión severa, en la semana 24 o mayor de gestación, no encontró diferencias en el manejo entre labetalol e hidralazina en mujeres con hipertensión severa y embarazo (512).	1+
Un ECC doble ciego en Estados Unidos comparó labetalol con nifedipino en gestantes con hipertensón severa. No se encontraron diferencias en efectos adversos, en Apgar menor a 7 a los cinco minutos o en el pH de arteria umbilical menor a 7,0 entre los dos grupos (513).	1+
Un ECC de Australia comparó diazoxide con hidralazina en 97 mujeres gestantes. No se encontraron diferencias significativas en el desenlace de control de la presión arterial (RR=1,08; IC 95%= 0,85-1,38) (514).	1+
Un ECC doble ciego realizado en México comparó nitroglicerina con nifedipino en 32 mujeres en cada brazo de tratamiento. No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los desenlaces medidos (515).	1+
Un ensayo clínico controlado comparó la efectividad del labetalol intravenoso (IV) con nifedipino oral para disminuir la presión arterial por debajo de 150/100 mmHg, así como el tiempo en alcanzar esta cifra, en embarazadas con hipertensión severa. Se encontró que tanto el nifedipino oral como el labetalol IV son regímenes efectivos y bien tolerados para el rápido control de la presión arterial severa en embarazo (516).	1++
Utilización de líquidos o expansores de volumen	
Un ECC realizado en Holanda en 216 mujeres, comparó el tratamiento con	1+

expansión de volumen vs. mujeres que no lo recibían. No se encontraron diferencias en la morbilidad materna, pero existió mayor requerimiento de cesáreas en el grupo de tratamiento (RR=1,10; IC 95%= 1,02-1,17). En el seguimiento a de los recién nacidos no se encontraron diferencias significativas en relación con el desarrollo mental o psicomotor. Sin embargo, los episodios de morbilidad neonatal fueron estadísticamente mayores en el grupo de tratamiento (RR=1,26; IC 95%=1,05-1,30), representados por la necesidad de ventilación o soporte ventilatorio (RR=1,3; IC 95%=1,08-1,57) (517).	
Un estudio de casos y controles realizado en Holanda que incluyó 57 casos y 57 controles, no mostró diferencias en la prolongación del embarazo por el uso de expansión de líquidos. Sin embargo, los hijos de las mujeres en el grupo de expansión de líquidos, tuvieron mayor probabilidad de requerimiento ventilatorio (518).	2+
Corticosteroides para maduración pulmonar fetal	
Una revisión sistemática que incluyó cinco ECC evaluó el efecto de corticosteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino. Un análisis de subgrupos mostró la información de mujeres que tenían trastornos hipertensivos del embarazo. El uso prenatal de corticosteroides en mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo redujo significativamente el riesgo de muerte neonatal, síndrome de distrés respiratorio y hemorragia cerebroventricular, además de disminuir el requerimiento de ventilación mecánica. Esta revisión no realizó comparaciones entre diferentes tipos de corticosteroides (519).	1++
Parto vaginal o por cesárea	
Un ensayo clínico realizado en Nigeria con 50 mujeres primigestantes no encontró complicaciones maternas o neonatales, cuando comparó parto vaginal	1-

con parto por cesárea en mujeres con inminencia de eclampsia (520).	
Una cohorte en Estados Unidos evaluó diferentes desenlaces neonatales después de la inducción del trabajo de parto o cesárea, en mujeres que tenían preeclampsia severa. El estudio incluyó 278 recién nacidos y se encontró un mayor número de puntajes de Apgar menores o iguales a 3 a los cinco minutos en el grupo de cesárea vs. el grupo de inducción (OR=6,1; IC 95%= 1,1-32,3). No se encontraron diferencias significativas en otros desenlaces (521).	2+
Una serie de 306 casos en los Estados Unidos, no mostró diferencias entre grupos de hijos de mujeres con preeclampsia severa que nacieron por cesárea con aquellos que nacieron por inducción del parto (522).	3

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Anticonvulsivantes

La evidencia identificada avala el uso de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia en mujeres con preeclampsia severa. Aunque la evidencia no es contundente en términos de mortalidad materna o perinatal, el GDG consideró que la prevención de episodios eclámpticos es un tema relevante en el manejo de estas mujeres. Por lo tanto se recomienda su uso en nuestra población. En relación con el manejo de la eclampsia, la evidencia es contundente respecto a la utilidad del sulfato de magnesio entre los diferentes anticonvulsivantes. Esta alternativa tiene mejores resultados en todos los escenarios clínicos y en casi todos los desenlaces maternos y neonatales. Por lo tanto es muy recomendado su uso para el manejo anticonvulsivante en mujeres con eclampsia. Sin embargo, la dosis exacta del sulfato de magnesio no es clara. La última revisión sistemática de Duley no presenta resultados contundentes pero dado que el estudio Magpie es el ensayo clínico más grande y con un alto nivel de evidencia, el GDG consideró que el uso del sulfato de magnesio en las dosis utilizadas en este estudio es la recomendación más adecuada.

Antihipertensivos

No se encontraron ensayos clínicos controlados que compararon antihipertensivos con placebo. El GDG, al igual que la GPC de NICE adaptada para esta sección, considera necesario el tratamiento antihipertensivo en cualquier condición clínica en el embarazo que tenga cifras de presión arterial en rango de severidad. Las comparaciones encontradas no presentan muchas ventajas en el tratamiento con los diferentes esquemas (408). El labetalol es el medicamento de elección para el tratamiento de hipertensión en el embarazo ya que este presenta algunas ventajas sobre la hidralazina en cuanto a eventos adversos, pero los ensayos que presentan esta información son pequeños y con un riesgo de sesgo mayor. En nuestro país el tratamiento con nifedipino oral es también una buena alternativa y los estudios identificados confirman que su uso es adecuado. Sin embargo, el GDG y el consenso de expertos consultados consideraron que los tratamientos intravenosos deben preferirse por condiciones de biodisponibilidad del medicamento y la tolerancia necesaria para usar la vía oral.

Utilización de líquidos o expansores de volumen

Se encontró evidencia que sugiere un aumento de la morbilidad neonatal cuando se utilizan líquidos o expansores de volumen en mujeres con preeclampsia severa. El GDG consideró que a pesar de no encontrar evidencia de morbilidad materna, el manejo rutinario de la expansión de volumen no es necesario en la mayoría de pacientes. Por tanto, cuando se requiera un aporte importante de volumen se debe contar con monitorización invasiva que permita la adecuada titulación de la administración de cristaloides.

Corticosteroides para maduración pulmonar fetal

La evidencia identificada por el GDG es de alta calidad y avala el uso de corticosteroides con el fin de acelerar la maduración pulmonar fetal, especialmente en embarazos pretérmino con desórdenes hipertensivos y que tengan indicación de parto inmediato.

Tanto la GPC de NICE adaptada para esta sección como el GDG consideran necesario recomendar el uso de estos medicamentos (408).

Parto vaginal o por cesárea

La evidencia identificada no es contundente respecto a cuál vía del parto debe escogerse en mujeres con preeclampsia severa. Por tanto, esta debe ser seleccionada por el equipo obstétrico que se encuentre manejando a las pacientes y ofrecerla de acuerdo a criterio individual. Sin embargo, el GDG y el consenso de expertos, consideró necesario puntualizar que, en todo caso, se debe dar prioridad a la vía de parto vaginal cuando esta sea posible.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Tratamiento anticonvulsivante	
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a todas las mujeres con preeclampsia severa, con el fin de prevenir episodios eclámpticos.
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso como anticonvulsivante de elección a todas las mujeres con episodios eclámpticos.
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a mujeres con preeclampsia severa si se planea el parto en las siguientes 24 horas.
A	Se recomienda usar la administración de sulfato de magnesio acorde con las siguientes indicaciones: • Dosis de carga de 4 g intravenoso en 10 a 15 minutos, seguido de una infusión de 1 g/hora durante 24 horas. • Para convulsiones recurrentes, estas deben ser tratadas con dosis adicional de 2-4 g en 5 minutos.
A	No se recomienda el uso de diazepam, fenitoína o coctel lítico en mujeres con eclampsia.
Tratamiento antihipertensivo	
A	Se recomienda tratar mujeres con hipertensión severa, durante el embarazo o inmediatamente después del parto con uno de los siguientes medicamentos: • Labetalol (oral o intravenoso). • Hidralazina (intravenoso). • Nifedipino (oral).
D	En mujeres con hipertensión severa, se debe monitorizar la respuesta al tratamiento: • Para asegurar que la presión arterial baje. • Para identificar efectos adversos tanto de la madre como del feto. • Para modificar el tratamiento de acuerdo con la respuesta.
B	Se recomienda considerar el uso de cristaloides o expansores de volumen antenatalmente, antes o al mismo momento de la primera dosis de hidralazina intravenosa si este fue el antihipertensivo de elección.
D	En mujeres con hipertensión severa, se recomienda como objetivo tener por debajo de 140 mmHg la presión sistólica y por debajo de 90 mmHg la presión diastólica.
Utilización de líquidos o expansores de volumen	

B	No se recomienda la expansión rutinaria (cargas o bolos) de volumen con líquidos intravenosos en mujeres con preeclampsia severa.
B	Se recomienda en mujeres con preeclampsia, individualizar el volumen a infundir de líquidos endovenosos, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes no requiere más de 100 cc/hora.
Corticosteroides para maduración pulmonar fetal	
A	En mujeres con preeclampsia severa o hipertensión severa se recomienda: • Dar dos dosis de betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas) a las mujeres entre las semanas 24 y 34 de gestación.
D	• En situaciones donde exista duda sobre la madurez pulmonar por encima de la semana 34, puede considerarse dar dos dosis de betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas) a mujeres entre las semanas 35 y 36+6 días de gestación.
Parto vaginal o por cesárea	
C	Se recomienda escoger la vía de parto, de acuerdo con las circunstancias clínicas individuales.
D	Se recomienda preferir la vía vaginal para mujeres con hipertensión severa, preeclampsia severa o eclampsia si no existe indicación de cesárea.
Medición de presión arterial	
D	Se recomienda la medición de la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario hasta asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 12 en 24 horas en pacientes con preeclampsia severa.

12. ¿ESTÁ RECOMENDADO EL USO DE CORTICOSTEROIDES EN EL MANEJO DE MUJERES CON SÍNDROME HELLP?

El síndrome HELLP por sí solo tiene efectos clínicos negativos sobre la madre y sobre el hijo. Es necesario evaluar cómo debe ser su manejo, independientemente del manejo de la preeclampsia severa, en especial con relación al uso de corticosteroides.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática de ECC que incluyó cinco estudios con 40 participantes, evaluó la dexametasona más tratamiento estándar vs. tratamiento estándar sin corticoide, así como dexametasona vs. betametasona en gestantes con síndrome HELLP. Se encontró que el manejo con corticoides no obtuvo diferencias en términos de complicaciones maternas o neonatales vs. el grupo placebo. Sin embargo, las mujeres que recibieron corticoides tuvieron menor estancia hospitalaria que aquellas que recibieron placebo (Diferencia medias=-4,5 días; IC 95%=7,13-1,87). Cuando se comparó dexametasona con betametasona, no se encontraron diferencias estadísticas en complicaciones maternas o neonatales (523).	1++

Un ECC doble ciego realizado en Colombia, comparó la dexametasona vs. placebo en 132 gestantes. No se encontraron diferencias significativas en términos de la mortalidad materna (RR=3,0; IC 95%= 0,32-28,1), la duración de la hospitalización, la recuperación de conteo plaquetario (HR=1,2; IC 95%= 0,8-1,8), los niveles de LDH (HR=0,9; IC 95%= 0,5-1,50) ni de AST (HR=0,6; IC 95%= 0,4-1,1) (524).	1+
Un ensayo clínico controlado realizado en Estados Unidos comparó dexametasona con betametasona en 40 mujeres gestantes. Las mujeres tratadas con dexametasona tuvieron mayor probabilidad de reducción de la presión arterial (Diferencia medias=-7,5mmHg; IC 95%=-8,37 a 6,63), de requerimiento de tratamiento antihipertensivo (RR=0,29; IC 95%= 0,12-0,73) y de necesidad de reingreso a observación obstétrica, que aquellas tratadas con betametasona (525).	1+
Una revisión sistemática de ECC que incluyó 11 ECC con 550 mujeres evaluó diferentes corticosteroides en síndrome HELLP vs. placebo, así como la administración de dexametasona vs. betametasona. Se identificaron 11 ensayos clínicos para la primera comparación y dos ensayos clínicos para la segunda. Se encontró que no existieron diferencias claras de cualquier efecto en desenlaces clínicos significativos para el manejo de HELLP. Asimismo, no se encontraron diferencias en términos de la mortalidad materna (RR=0,95; IC 95%= 0,28-3,21), la morbilidad materna (RR=0,27; IC 95%= 0,12-2,12) o la mortalidad perinatal (RR=0,64; IC 95%= 0,21-1,97). Los autores concluyeron que el uso de esteroides podría estar justificado en situaciones en las cuales sea necesaria la recuperación del conteo de plaquetas (526).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia encontrada muestra que no existen ventajas del uso de corticosteroides en el manejo del síndrome HELLP. El manejo en consecuencia debe basarse en un adecuado control de la presión arterial y un juicioso manejo de la perfusión.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	No se recomienda utilizar dexametasona o betametasona en mujeres con síndrome HELLP.

13. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CIFRAS TENSIONALES MENORES A 160/110 MMHG Y COMPROMISO DE ÓRGANO BLANCO?

Pacientes que debutan con compromiso de órgano blanco y cifras tensionales menores a las del rango de severidad, en general son muy pocos, pero dado el alcance de la guía, es importante realizar una recomendación para su manejo.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

No se encontró evidencia que permitiera contestar esta pregunta.

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Este grupo de pacientes es muy particular y en general es muy pequeño, así que realizar estudios clínicos en este grupo de paciente resulta difícil. Teniendo en cuenta que el nivel de presión arterial de algunas pacientes gestantes, en especial las más jóvenes usualmente es “bajo” (esto es, alrededor de 90/60 mmHg), no es extraño encontrar pacientes con cifras tensionales, incluso menores a 140/90 mmHg, que manifiestan clínica sugestiva de compromiso de órgano por elevación de la presión arterial. De acuerdo con estas observaciones, el GDG así como el grupo de expertos consultados en consenso, consideran que esta población debe ser manejada tal como se recomienda para las mujeres con preeclampsia severa.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	En mujeres embarazadas con cifras tensionales menores a 160/110 mmHg y compromiso de órgano blanco, se recomienda utilizar el mismo manejo antihipertensivo recomendado para el tratamiento de mujeres con hipertensión severa o preeclampsia severa.

14. ¿CUÁL ES EL MONITOREO FETAL RECOMENDADO EN MUJERES CON ALGÚN TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO?

En presencia de cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, el feto tiene un riesgo mayor de morbilidad y/o mortalidad perinatal. Existen diferentes pruebas diagnósticas que pueden predecir o alertar sobre algún problema en el feto que indique una atención especial. Este pregunta aborda el monitoreo fetal que debe ser llevado a cabo en mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

Un ensayo clínico controlado en Sudáfrica evaluó si el Doppler de arteria umbilical resultaba útil en el manejo de embarazos de alto riesgo. Las mujeres participantes se dividieron en 3 grupos. Uno de ellos incluyó a mujeres con hipertensión (n=89), y fueron aleatorizadas a un grupo que contaba con los resultados del Doppler para el manejo médico vs. un grupo que no contaba con dichos resultados. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos respecto a la mortalidad materna (RR=3,57; IC 95%= 0,42-30,73), el estrés fetal prenatal (RR=1,79; IC 95%= 0,17-19,01) o la admisión a unidad de cuidado intensivo neonatal (RR=0,97; IC 95%= 0,48-1,9) (527).	1+
Una revisión sistemática que incluyó tres ECC evaluó el uso del monitoreo fetal vs. otras alternativas para la evaluación de la salud fetal. Las participantes fueron gestantes con alto y bajo riesgo, incluyendo mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo. No se encontraron diferencias significativas con relación a mortalidad materna (OR=2,65; IC 95%= 0,99-7,12) entre las mujeres	1+

monitorizadas y no monitorizadas (528).

Una revisión sistemática de ECC evaluó la utilidad del perfil biofísico en embarazos de alto riesgo comparada con monitoreos convencionales. Se identificaron cuatro ECC con 2.829 participantes y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes comparaciones (529).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Según la evidencia identificada, el GDG considera que no hay justificación para recomendar el uso del Doppler de arteria umbilical en estas gestantes. No existe aún evidencia clara sobre el beneficio del uso rutinario de la monitoría fetal (cardiotocografía) aunque probablemente es la prueba diagnóstica de mayor uso durante el embarazo. El GDG y el consenso de expertos reconoce que su uso en la práctica clínica es necesario, pero que este debe ser racionalizado, principalmente relacionado con la percepción de movimientos fetales por la madre, en presencia de sangrado vaginal o dolor abdominal (408).Asimismo, la evidencia no respalda el uso del perfil biofísico como una prueba regular en mujeres con preeclampsia o algún trastorno hipertensivo del embarazo. Por último, la vigilancia fetal con ultrasonido para evaluar el crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico debe ser solicitado de acuerdo con el riesgo individual de cada mujer embarazada (408).

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se recomienda realizar ecografía fetal para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico entre las semanas 28 y 30 de gestación (o al menos dos semanas antes del diagnóstico del trastorno hipertensivo del embarazo previo, si este fue realizado antes de la semana 28) y repetir cada 4 semanas en mujeres con antecedente de: • Preeclampsia previa. • Preeclampsia que requirió parto antes de la semana 34. • Preeclampsia con hijo que nació con un peso menor al percentil 10. • Muerte intrauterina. • Abrupcio de placenta. En caso de alteración del crecimiento fetal se recomienda realizar Doppler feto placentario.
B	En mujeres con hipertensión crónica, se recomienda realizar ecografía para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico. Si los resultados son normales, repetir hasta después de la semana 34 a menos que alguna condición clínica lo indique antes.

B	En mujeres con hipertensión crónica, se recomienda realizar monitoría electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.
B	En mujeres con hipertensión gestacional, se recomienda realizar ecografía para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico, si el diagnóstico es confirmado antes de la semana 34. Si los resultados son normales, repetir hasta después de la semana 34 a menos que alguna condición clínica lo indique antes.
B	En mujeres con hipertensión gestacional, realizar monitoría electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.
B	Se recomienda realizar monitoreo fetal en el momento del diagnóstico de hipertensión severa o preeclampsia.
D	Se recomienda desarrollar un plan de manejo para las mujeres con hipertensión severa o preeclampsia que incluya lo siguiente: • Momento y naturaleza de futuros monitoreos fetales. • Indicaciones fetales para la programación del parto y el uso de corticosteroides. • Cuándo discutir el caso con el equipo de neonatólogos, obstetras y anestesiólogos.
B	Si se planea un manejo conservador de la hipertensión severa o preeclampsia, se recomienda realizar periódicamente los siguientes exámenes: • Ecografía para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico. • Doppler fetoplacentario.
D	Si se planea un manejo conservador de la hipertensión severa o preeclampsia, se recomienda realizar periódicamente una monitoría electrónica fetal.
B	En mujeres con alto riesgo de preeclampsia, se recomienda realizar monitoría electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.

15. ¿CUÁL MEDICAMENTO ESTÁ CONTRAINDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN MUJERES EN EL PERÍODO POSPARTO QUE SE ENCUENTREN LACTANDO?

La lactancia materna es el método de alimentación por excelencia en niños menores de dos años. Es una prioridad para los centros de salud de nuestro país proporcionar instrucciones adecuadas de lactancia a la madre en ésta etapa. La hipertensión por sí sola no se comporta como una contraindicación de la lactancia, pero existen dudas sobre si existen tratamientos antihipertensivos que puedan tener efectos sobre el recién nacido.

RESUMEN Y DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA

La GPC de NICE adaptada para esta sección no encontró evidencia relacionada con medicamentos antihipertensivos en la lactancia, en especial de eventos adversos sobre los hijos que de madres que se encuentren tomando algún tratamiento antihipertensivo y se encuentren lactando. La GPC de NICE presenta algunos resultados de estudios de laboratorio que pueden sugerir, sin desenlaces clínicos, si determinado agente

antihipertensivo podría ser excretado en la leche materna (408). Estos estudios reportan que los siguientes agentes fueron excretados en la leche materna o fueron encontradas concentraciones importantes en plasma sanguíneo de la madre o del hijo:

- Metildopa.
- Beta-bloqueadores: labetalol, propanolol, atenolol y metoprolol.
- Bloqueadores de canales de calcio: nifedipino y verapamilo.
- IECAs: enalapril y captopril.
- Hidralazina.
- Diuréticos tiazídicos.

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Es clara la limitación de la evidencia con relación a esta pregunta clínica. Sin embargo, con los resultados de los estudios *in vitro* presentados por la guía adaptada, el GDG realiza algunas recomendaciones a las mujeres que se encuentren lactando y requieran tratamiento antihipertensivo.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	En mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal, se recomienda evitar el tratamiento con diuréticos si la mujer está alimentando a su hijo con leche materna.
D	Se recomienda informar a las mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal que no se conocen efectos adversos sobre el recién nacido que recibe leche materna con los siguientes medicamentos antihipertensivos: • Labetalol. • Nifedipino. • Enalapril. • Captopril. • Atenolol. • Metoprolol.
D	Se recomienda informar a las mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal, que hay insuficiente evidencia sobre la seguridad en el recién nacido que recibe leche materna con los siguientes medicamentos: • ARA-II. • Amlodipino. • IECAs diferentes a enalapril o captopril.
D	Se recomienda evaluar el bienestar del recién nacido, al menos una vez al día por los primeros dos días después del nacimiento.

SECCIÓN 3. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

PREGUNTAS PARA RESPONDER

1. ¿Cuál es la definición de la ruptura prematura de membranas (RPM)?
2. ¿Cómo se realiza el diagnóstico clínico de ruptura prematura de membranas?
3. ¿Qué ayudas diagnósticas están recomendadas para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas?
4. ¿Cuáles son los criterios clínicos recomendados para el diagnóstico de corioamnionitis?
5. ¿Está recomendado el uso de la amniocentesis en gestantes con ruptura prematura de membranas?
6. ¿Cuáles son los criterios recomendados para el diagnóstico de infección intraamniótica en una muestra de líquido amniótico?
7. ¿En qué grupo de pacientes está recomendada la utilización de corticoides en RPM?
8. ¿En qué casos se encuentra indicada la dosis de corticoide de rescate en RPM?
9. ¿Cuál es el esquema antibiótico y el tiempo de duración recomendado para profilaxis de infección intraamniótica en RPM?
10. ¿Cuál es el esquema antibiótico recomendado para tratamiento de corioamnionitis en el escenario de una RPM?
11. ¿Qué medicamento está recomendado para la inducción del parto en manejo no expectante de paciente con RPM sin trabajo de parto?
12. ¿En qué grupo de pacientes se encuentra recomendada la amnioinfusión?
13. ¿Cuál debe ser el manejo recomendado de la RPM acorde con la edad gestacional?
14. ¿Cuáles son las recomendaciones para la profilaxis de estreptococo del grupo B (EGB)?
15. ¿Está recomendado el esquema de sulfato de magnesio para neuroprotección en parto pretérmino asociado a RPM?

1. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)?

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene con salida de líquido amniótico de más de una hora, previo al inicio del trabajo de parto. La ruptura de las membranas amnióticas ocurre en 10% de las gestaciones y es responsable del 25% al 30% de los nacimientos pretérmino (530, 531).

La gestante con RPM requiere de un adecuado manejo y para ello es necesario tener en cuenta el periodo de latencia, entendido como el intervalo entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto (532). Existe desacuerdo en la literatura actual sobre la duración de dicho periodo. Actualmente, se considera que se encuentra en un rango de una a 24 horas. En la presente guía se denomina RPM prolongada a aquella con un periodo de latencia mayor a 24 horas (532).

El manejo de una gestante con RPM debe entenderse en el contexto de las semanas de gestación y la viabilidad fetal. Ante una ruptura de membranas, una de las opciones de manejo es el expectante, definido como la espera hasta el inicio espontáneo del trabajo de parto sin ninguna intervención farmacológica. Una revisión reportó que con manejo expectante el 50-60% de las mujeres con RPM lejos del término (definido más adelante) tienen su parto dentro de la semana siguiente al inicio de la ruptura de las membranas. (531).

El GDG consideró que la ruptura de membranas se subdivide en dos categorías generales:

a. **Ruptura prematura de membranas a término:** después de la semana 37 de gestación.

b. **Ruptura prematura de membranas pretérmino:** previo a la semana 37 de gestación. La RPM pretérmino a su vez se divide en tres categorías (533):

1. **RPM previable:** corresponde a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestaciones menores a 24 0/7 semanas.

2. RPM lejos del término: corresponde a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestaciones entre 24 0/7 y 32 6/7 semanas.

3. RPM cerca de término: corresponde a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestaciones de 33 0/7 a 36 6/7 semanas (534).

La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la ruptura de las membranas varían con la edad gestacional y el momento del parto. El síndrome de dificultad respiratoria es la complicación más frecuente a cualquier edad gestacional. Otras complicaciones que suelen presentarse y con más frecuencia en edades gestacionales más tempranas incluyen la sepsis materna, la corioamnionitis, la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intraventricular, la hiperbilirrubinemia, la sepsis neonatal y una mayor estancia hospitalaria. Estas complicaciones son menos frecuentes en madres y neonatos con ruptura de membranas a las 34 ó más semanas de gestación comparados con las que ocurren por debajo de esta edad gestacional. (531, 535).

2. ¿CÓMO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

Las implicaciones sobre la continuación de la gestación y el pronóstico materno, fetal y neonatal de la ruptura de membranas hacen que el diagnóstico adecuado de esta condición sea un componente fundamental para su adecuado manejo. El diagnóstico de RPM se inicia cuando una gestante consulta por salida espontánea de líquido amniótico (amniorrea). En el examen clínico se encuentra salida franca de líquido a través del orificio cervical o hay presencia de lagos de líquido en el fondo de saco posterior de la vagina.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas que incluyó 100 gestantes con o sin membranas rotas, evaluó las características operativas de diferentes pruebas para el diagnóstico de RPM. Los mejores resultados se obtuvieron con las pruebas de nitrazina y de helecho, ambas con una sensibilidad del 90%. El porcentaje de falsos	II

positivos fue de 17% para la nitrazina debido a la contaminación con orina, sangre o semen y de 6% para la prueba de helecho debido a la contaminación con moco cervical. Se encontraron características operativas similares para la salida de líquido a través de la vagina (536).

Un estudio de cohortes que incluyó 271 mujeres evaluó los casos de RPM mediante una historia sugestiva de ruptura espontánea de membranas, seguida de un examen con especulo estéril y evidencia de acumulación de líquido en el fondo de saco vaginal, comparado a la realización de un tacto vaginal solamente. Se reportó que el periodo de latencia entre la ruptura espontánea de membranas y el parto en las pacientes que fueron sometidas a tacto vaginal fue más corto en comparación con el periodo de latencia en las que se realizó solamente especuloscopia (p=0,0001) (537). | 2+

El consenso de expertos de la GPC del *American College of Obstetricians and Gynecologist* (ACOG) consideró que la mayoría de los casos de RPM pueden ser diagnosticados con base en la historia clínica (anamnesis y examen físico) de la paciente. Usualmente la paciente refiere la salida de un chorro grande de líquido claro por la vagina o una sensación de goteo permanente. El diagnóstico en muchos casos se confirma mediante la visualización con espéculo de la salida de líquido a través del canal cervical o lagos de líquido amniótico en el fondo de saco posterior de la vagina. Sin embargo, el diagnóstico de la RPM en ocasiones es difícil, principalmente cuando el clásico "chorro de líquido" no ocurre y lo que se presenta es una fuga de líquido en pequeñas cantidades sumado a que, usualmente al final del embarazo, se pierden pequeñas cantidades de líquido sin presentarse una verdadera RPM (4). | 4

Una revisión sistemática de 71 estudios que incluyó 4.032 pacientes encontró que la historia clínica para diagnóstico de RPM obtuvo una sensibilidad de 90,3%, especificidad de 88,4%, porcentaje de falsos negativos de 9,7% y un porcentaje de falsos positivos de 11.6% (538). | II

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia indica que el diagnóstico de RPM debe ser realizado mediante la combinación de la anamnesis con el examen físico (historia clínica). No hay evidencia de alta calidad que apoye la realización de una prueba adicional. Por lo tanto, cualquier mujer embarazada que consulte por salida de líquido por la vagina debe ser cuidadosamente evaluada para descartar una ruptura prematura de membranas. El tacto vaginal debe evitarse hasta que el diagnóstico de RPM se haya descartado, a menos que haya una fuerte sospecha que la gestante está en trabajo de parto o con signos francos del mismo. El primer paso para hacer el diagnóstico de RPM es realizar una especuloscopia con el fin de evidenciar la salida de líquido a través del orificio cervical o lagos de líquido amniótico en el fondo de saco posterior de la vagina. Es importante preguntar a la gestante sobre las características de la fuga de líquido.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda que el diagnóstico clínico de RPM sea realizado por medio de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior.

3. ¿QUÉ AYUDAS DIAGNÓSTICAS ESTÁN RECOMENDADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

Existen casos en los que el diagnóstico de la RPM no puede confirmarse sólo con la historia clínica y la especuloscopia al examen físico, razón por la cual es necesario recurrir a otras pruebas diagnósticas adicionales que permitan confirmar o descartar esta complicación del embarazo.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un estudio de cohorte que incluyó 157 mujeres con RPM entre 18 y 42 semanas, evaluó la sensibilidad y especificidad de la toalla absorbente (*AmnioSense*™) comparada con la especuloscopia en el diagnóstico de RPM. La toalla AmnioSense™ obtuvo una sensibilidad de 98% y una especificidad de 65%. La prevalencia de RPM | II

fue de 42%, con 25% de falsos positivos. El estudio concluyó que a 38% de las mujeres se les descartó el diagnóstico de RPM con la toalla absorbente AmnioSense ™ sin necesidad de especuloscopia. (539)

Una revisión sistemática de estudios observacionales que incluyó tres estudios de cohorte y 155 gestantes con RPM, evaluó el desempeño de tres diferentes pruebas (pH vaginal, insulin-like growth factor binding protein-1 (ILGBP-1) y alfa-feto proteína (AFP) comparado con el diagnóstico clínico de RPM. Se encontró que la sensibilidad varió de 88% (pH) a 100% (AFP) y la especificidad de 56% (ILGPP-1) a 100% (AFP). Los resultados reportados para cada prueba fueron: para pH >7,2: sens= 87,5; esp= 68,1%. Para ILGFPB-1 > 25 µg/l: sens= 81%; esp=: 71%. Por último, para AFP > 125 µg/l: sens=100%; esp= 100% (540). II

Una revisión sistemática que incluyó 71 estudios de evaluación de pruebas diagnósticas con 4.032 pacientes, evaluó las características operativas de diferentes pruebas para diagnosticar RPM. Se encontró la mejor sensibilidad con la amnioinfusión con azul de Evans, con la placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1)>5 ng/mL en vagina y con AmnioSense™ pH>5,2 (100%). La mejor especificidad fue para la PAMG-1 (AmniSure™) 5 ng/mL en vagina (100%), seguida de la cristalización (95.3%), la combinación de historia clínica + pH + cristalización (95.6%) y para la combinación de historia clínica + cristalización + azul de Nilo (95.6%) (538). II

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia indica pocos avances en estudios de diagnóstico para la RPM. La subjetividad y pobre sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas clínicas para confirmar la RPM ha estimulado los avances técnicos de los marcadores bioquímicos, pero ninguno de estos se ha impuesto sobre los otros. Las nuevas técnicas que involucran marcadores placentarios como la microglobulina-1 alfa placentaria pueden ser herramientas útiles para solucionar el problema del diagnóstico de casos no claros de RPM.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Si la sospecha clínica de RPM persiste a pesar de las pruebas clínicas negativas, se recomienda realizar las siguientes pruebas complementarias: cristalización, medición de pH, medición del índice de líquido amniótico por ecografía, amnioinfusión o determinación de microglobulina 1 alfa placentaria.

4. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS CLÍNICOS RECOMENDADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CORIOAMNIONITIS?

La infección materna es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con RPM y principalmente en aquellas a quienes se les inicia manejo expectante, afectando también el pronóstico neonatal. Los criterios para el diagnóstico de corioamnionitis clínica tradicionalmente descritos incluyen la hipertermia materna, la taquicardia fetal, la leucocitosis, la sensibilidad uterina y la secreción vaginal fétida.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

En un estudio de pruebas diagnósticas que incluyó 97 pacientes se evaluaron las características operativas de la leucocitosis y la proteína C reactiva en la predicción de la corioamnionitis. El estudio encontró que la sensibilidad y tasa de falsos positivos para la leucocitosis en la detección de corioamnionitis clínica oscilaron entre 29 al 47% y del 5 al 18%, respectivamente (531, 540). La especificidad de la proteína C reactiva osciló entre 38 a 55% (541, 542). Los datos sobre el cultivo semanal de hisopados de la vagina como parte del manejo clínico de las mujeres con RPM no demuestran que esta conducta sea beneficiosa. Se encontró que un cultivo positivo del tracto genital predice el 53% de cultivos positivos de líquido amniótico con una tasa de falsos positivos del 25% (541). | II

En un estudio de pruebas diagnósticas con 24 pacientes centrado en el perfil biofísico anormal y el incremento en la relación sístole/diástole de la arteria umbilical, se encontró que el perfil biofísico puede ser un marcador de infección intrauterina (542). Las tasas de verdaderos y falsos positivos de un perfil biofísico anormal para predecir corioamnionitis clínica oscilaron entre 30 a 80% y 2 a 9%, respectivamente (543-545). | II

Otros estudios que usaron cultivo positivo en líquido amniótico y en sangre fetal como estándar de referencia mostraron que el perfil biofísico o el Doppler de la circulación placentaria o fetal no tienen buena capacidad para diferenciar los casos infectados de los no infectados (546, 547). La taquicardia fetal predijo el 20–40% de los casos de infección intrauterina con una tasa de falsos positivos de cerca del 3% (546, 548, 549). Por otra parte, la cardiotocografía resultó útil ya que una taquicardia fetal, si está presente, puede representar un signo tardío de infección y frecuentemente es usada en la definición clínica de corioamnionitis.	
Una revisión sistemática que incluyó ocho estudios de cohorte con 5.557 mujeres con RPM antes de las semana 36 de gestación, evaluó las características operativas de la PCR con respecto a la detección de sepsis neonatal, sospecha de corioamnionitis clínica e histológica. Se encontró una prevalencia de corioamnionitis histológica del 54,6% y de corioamnionitis clínica de 25,8%. Con un punto de corte de 20 mg/L, la sensibilidad de la PCR osciló entre 50 a 80% y la especificidad entre 55 y 98%. Niveles de PCR> 30 mg/l obtuvieron una sensibilidad y especificidad de 47% y 90%; ninguno de los artículos seleccionados cumplió con los criterios para el uso de la PCR como predictor de la sepsis neonatal (550).	II
Un estudio de cohorte que incluyó 399 mujeres con gestación mayor a 34 semanas evaluó la capacidad de la PCR, el recuento de leucocitos y el cultivo de frotis vaginal solo o combinados en la detección de infección neonatal precoz (antes de 72 horas), de corioamnionitis clínica y corioamnionitis histológica aguda. Se encontró que el 4,3% de los recién nacidos tuvieron infección neonatal precoz y 5,3% de las mujeres tuvieron corioamnionitis clínica. La corioamnionitis histológica se encontró en el 10,8% de las placentas. Los niveles elevados de PCR (≥ 5 mg/L) se asociaron significativamente con infección neonatal precoz (OR = 14,7; IC 95%= 1,9-112,2), con una sensibilidad de 94%, y especificidad de 48%. La PCR se asoció con corioamnionitis clínica e histológica con una área bajo la curva ROC de 0,61 (IC 95%= 0,48 a 0,74) y 0,62 (IC 95%= 0,47 a 0,74), respectivamente. La PCR obtuvo una sensibilidad de 71% y	Ib

una especificidad de 47% en la predicción de corioamnionitis clínica. Por su parte, la corioamnionitis histológica obtuvo una sensibilidad de 59%, y especificidad de 47%. Los niveles elevados de PCR al momento de admisión de pacientes con RPM fueron el marcador de infección más exacto para predecir infección neonatal precoz de uso rutinario con una sensibilidad mayor a 90%. La PCR > 5 mg/L para corioamnionitis clínica obtuvo una sensibilidad del 71% y una especificidad del 47%, y para corioamnionitis histológica una sensibilidad de 59% y una especificidad de 47% (551).

Una revisión sistemática que incluyó seis estudios con 466 pacientes con RPM a cualquier edad gestacional, evaluó la cuantificación de la PCR en la detección de corioamnionitis confirmada histológicamente. Con una prevalencia de corioamnionitis histológica de 41%, se encontró que la sensibilidad, especificidad, falsos positivos y falsos negativos para la cuantificación de PCR fueron 72,8%, 76,4%, 23,6% y 27,2%, respectivamente (552). | II

Una revisión sistemática que incluyó ocho ECC y 610 pacientes en la semana 23 de gestación o superior, evaluó la capacidad de la cuantificación de PCR para detectar corioamnionitis, la cual fue confirmada histológicamente. Tres de los estudios concluyeron que la PCR es una prueba adecuada para la detección de corioamnionitis (OR de diagnóstico (DOR) entre 4,2 y 191,6). Los otros cinco estudios concluyeron que la PCR no es una prueba óptima para la detección de corioamnionitis (DOR= 1,4 a 17,7). La mayoría de los estudios encontraron una sensibilidad entre 50 - 80% con falsos positivos entre 10 y 30%; el LR^+ osciló desde 1,3 hasta 23 y los LR^- entre 0,12 hasta 0,91 según el punto de corte seleccionado (entre 5 y 40 mg/l) (553). | II

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia incluida en las revisiones sistemáticas de pruebas diagnósticas muestra que la PCR no es una prueba adecuada para diagnosticar corioamnionitis o sepsis neonatal. No hay evidencia que soporte el uso de la PCR para el diagnóstico de corioamnionitis en casos

de RPM. Con la ayuda de otras pruebas diagnósticas, su valor predictivo puede ser usado en el contexto de situaciones clínicas especiales. Si se desea usar una única muestra de PCR para el diagnóstico de corioamnionitis, lo apropiado sería utilizar puntos corte de al menos 30 mg/l. Para estimaciones seriadas, niveles > 20 mg/l parecen ser predictores de infección. El uso de medidas seriadas parece ser prometedor, pero requiere de mayor investigación.

Tampoco hay evidencia de buena calidad que soporte que el resultado del embarazo mejore con el uso frecuente del perfil biofísico y del Doppler. Los resultados globales muestran que estas pruebas tienen un valor limitado para diferenciar entre fetos con o sin infección.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda que las mujeres sean vigiladas para detectar los signos de corioamnionitis clínica: fiebre (temperatura mayor de 37,8°C) y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino, líquido amniótico purulento o leucocitosis.
B	No se recomienda realizar el hisopado o cultivo de secreción vaginal alta cada semana como parte del manejo de la RPM.
B	No se recomienda el cuadro hemático y la proteína C reactiva de rutina para el seguimiento de las gestantes con RPM, ya que no han demostrado utilidad por su baja sensibilidad para el diagnóstico de corioamnionitis.
B	Se recomienda el uso de la cardiotocografía ya que permite documentar taquicardia fetal o la disminución de la variabilidad fetal, las cuales pueden ser usadas para el diagnóstico de corioamnionitis clínica.
B	El perfil biofísico fetal puede ser usado siempre y cuando se tenga en cuenta que tiene un valor limitado para predecir infección fetal.

5. ¿ESTÁ RECOMENDADO EL USO DE LA AMNIOCENTESIS EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

En casos de RPM lejos del término (24 - 32 semanas) se debe contar con pruebas confiables que indiquen el momento ideal de interrumpir el embarazo, con el fin de disminuir los riesgos asociados a inmadurez pulmonar (por ejemplo, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante) sin un aumento significativo del riesgo de infección materna o neonatal.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un estudio de cohorte con 69 pacientes entre 12 y 36 semanas con RPM en el que se evaluó el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de infección amniótica y el momento del parto, encontró un 36% de infección intrauterina (definida como un cultivo positivo de líquido amniótico). Muchas de estas infecciones fueron subclínicas sin los signos clásicos de corioamnionitis. La presencia de un cultivo positivo de líquido amniótico acortó el tiempo de latencia de un promedio de 41 días a un promedio de 9 días (p<0,0001) (554).	2+
Un estudio prospectivo que incluyó 134 pacientes evaluó la asociación entre la interleucina 18 en líquido amniótico, la inflamación intramniótica, la invasión microbiana al líquido amniótico y el parto pretérmino. El estudio sugiere que la infección es la causa (más que la consecuencia) de la amniorrea y encontró, en el grupo de pacientes donde hubo un mayor lapso entre la RPM y el momento del partos, niveles de interleucina 18 mayores o iguales a 1,0 ng/mL (p=0,0028) en líquido amniótico, al igual que en los casos con infección amniótica o ruptura prematura pretérmino menor de 34 semanas (555).	2+
Un ECC con 61 embarazadas con RPM comparó el manejo de pacientes con RPM pretérmino con amniocentesis para determinar maduración pulmonar e infección intraamniótica vs no amniocentesis. El estudio concluyó que la amniocentesis no debía ser utilizada en el manejo de la ruptura de membranas pretérmino en pacientes con menos de 32 semanas de gestación ya que la morbilidad neonatal en este grupo fue suficientemente alta, incluso en la presencia de una relación Lecitina: Esfingomielina (L:S) elevada (556).	1+
Un estudio de cohorte incluyó 293 mujeres con RPM entre 24 y 35 semanas de gestación, para determinar la utilidad de la amniocentesis en el manejo de la RPM. Se encontró que la morbilidad neonatal y la sepsis neonatal fueron menores en el grupo manejado con amniocentesis (OR= 2,94, IC 95%= 1,68–5,15), así como el promedio de estancia en UCI neonatal (30,6 días vs. 40,2; p= 0,026) y los días de	2++

ventilación mecánica (3,31 vs. 5,86; p= 0,088). El promedio del peso al nacer en estos recién nacidos fue mayor (1802 gramos vs. 1641 gramos; p=0,022). En el grupo de amniocentesis se obtuvieron mejores resultados en otros desenlaces neonatales como retinopatía de la prematurez (8,4% vs. 15,6%; p= 0,051), síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (31,8% vs. 56,9%; p<0,0001), sepsis (4,6% vs. 13,2%; p= 0,0071) y morbilidad neonatal compuesta (33,1% vs. 59,9%; p= 0,0001). Cuando se examinaron los desenlaces maternos se encontró un mayor porcentaje de cesáreas (31,3% vs. 46,6%; p= 0,0073), sufrimiento fetal agudo (7,5% vs. 14,4%; p= 0,058) y edad gestacional al nacimiento (32 semanas vs. 31 semanas; p= 0,011) en este grupo (557).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que en embarazos menores de 32 semanas no se necesita realizar amniocentesis para maduración pulmonar, ya que la morbilidad en este grupo es muy alta independiente de la madurez pulmonar. El consenso de expertos consideró que la amniocentesis está indicada en casos de RPM entre 32 a 34 semanas de gestación para documentar si hay madurez pulmonar y con cultivo de líquido amniótico para ayudar a seleccionar aquellos embarazos que deben interrumpirse. La amniocentesis tiene el potencial de detectar infecciones subclínicas antes que aparezcan los signos maternos de corioamnionitis y antes que se desencadene la sepsis fetal permitiendo intervenciones apropiadas, entre ellas, la administración de antibióticos en casos de infección y la inducción del parto dependiendo de la edad gestacional, el manejo expectante en pacientes con cultivo de líquido amniótico negativo y la realización de pruebas diagnósticas que indiquen infección. En embarazos mayores a 34 semanas de gestación, la morbilidad neonatal es suficientemente baja, por lo cual se recomienda interrumpir el embarazo excepto en los casos con franca sospecha o riesgo de inmadurez pulmonar.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	No se recomienda el uso rutinario de la amniocentesis en pacientes con RPM. La amniocentesis podría ser usada para confirmar la sospecha de infección intra-amniótica subclínica o determinar madurez pulmonar en fetos entre las semanas 32 a 34.

6. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS RECOMENDADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA EN UNA MUESTRA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO?

La infección intraamniótica es una de las principales causas de RPM y de parto prematuro y tiene implicaciones serias sobre la salud materna y fetal, con desenlaces que pueden ser letales o dejar secuelas, que se pueden modificar si se diagnostica y se interviene oportunamente esta infección.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un estudio de cohorte realizado en 29 mujeres con RPM y edad gestacional menor o igual a 35 semanas, evaluó si la proteína C reactiva (PCR) en líquido amniótico de cuello uterino podía reflejar el estado del medio ambiente intrauterino. La PCR se midió en sangre materna, líquido amniótico, fluido vaginal, en la sangre del cordón umbilical y se incluyó el examen de las placentas y cordones umbilicales para diagnosticar la presencia de corioamnionitis y funisitis. Se observó una correlación entre los niveles de PCR en fluidos vaginales y las concentraciones de PCR del líquido amniótico (correlación de Pearson (r) = 0,95; p <0,001) y los de cordón umbilical (r = 0,47; p <0,05). No se encontró correlación entre los niveles de PCR de la sangre materna y las concentraciones de PCR de fluidos vaginales (r = 0,26; p = 0,16 vs. r= 0,24; p =0,2). La proporción de pacientes con infección intraamniótica fue de 37,9% y la mediana de concentración de PCR en el fluido vaginal fue mayor en los pacientes con infección intraamniótica que en aquellos con líquido amniótico estéril (901 ng/mL vs. 507 ng/mL; p <0,001). La mediana de concentración de PCR en el fluido vaginal fue mayor en los fetos con funisitis que en aquellos sin esta [901 ng/mL	2+

vs. 487 ng/mL; p < 0,01). Después del ajuste para la edad gestacional, las concentraciones de PCR> 800 ng/mL en el fluido vaginal se asociaron con la predicción de la infección intraamniótica y funisitis (558).	
Una revisión sistemática que incluyó ocho estudios con 610 mujeres con RPM y corioamnionitis, evaluó las características operativas de la PCR para determinar su precisión diagnóstica en la detección de corioamnionitis en mujeres con RPM. Tres de los estudios incluidos concluyeron que la PCR es una herramienta útil en el diagnóstico de la corioamnionitis (DOR= 4,2 a 191,6), aunque uno de ellos sugirió un umbral más alto de PCR. Los otros cinco estudios concluyeron que la PCR no es útil en el diagnóstico de la corioamnionitis (DOR=1,4 a 17,7) (559).	II
Una revisión sistemática que incluyó cinco estudios con 381 mujeres con RPM antes de la semana 36 de gestación, evaluó el uso de la PCR como predictor de corioamnionitis o sepsis neonatal. Concluyó que no se puede apoyar el uso de la PCR como un predictor de corioamnionitis o sepsis neonatal después de RPM, ya que se encontraron estimaciones de sensibilidad y especificidad muy variables, entre 37 a 100% y 55 a 100%, respectivamente. Sin embargo, este estudio no puede indicar que la PCR sea ineficaz en la detección de corioamnionitis o la predicción de la infección neonatal. Se encontró en cuatro artículos con 227 pacientes que la proteína C reactiva (PCR) es un predictor de corioamnionitis histológica y en cuatro estudios con 330 pacientes a la PCR como predictor de corioamnionitis clínica. La evidencia encontrada no permite recomendar el uso de la PCR en el tratamiento de mujeres con ruptura prematura de membranas ni como el único predictor de corioamnionitis clínica (560).	II
En un estudio de casos y controles se incluyeron 183 mujeres quienes cumplían con el protocolo para la realización de amniocentesis, con el objetivo de evaluar la capacidad del examen microbiológico y del estudio anatomopatológico de la placenta para diagnosticar inflamación e infección intraamniótica. El 92% de las mujeres tuvieron cultivos positivos de líquido amniótico o con al menos un	2+

cultivo positivo de la placenta. El 80% por ciento de las mujeres tuvieron cultivos negativos de líquido amniótico, con un cultivo positivo de la placenta. La precisión en la predicción de infección del líquido amniótico en los cultivos de la placenta varió de 44% a 57%. El estudio histopatológico de la placenta mostró una exactitud diagnóstica de sólo el 58% para infección intraamniótica (561).

Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas que incluyó 141 mujeres con RPM y edad gestacional menor a 25 semanas, evaluó la eficacia de la detección de metaloproteinasa-8 (MMP-8) como predictor en líquido amniótico de inflamación intraamniótica a través de la realización de amniocentesis y cultivo, y análisis por un test rápido denominado MMP-8 PTD Check. Se encontró una prevalencia del 43% de infección intraamniótica o inflamación y del 18% de infección comprobada en líquido amniótico. Las pacientes con resultado positivo en la prueba de PTD Check para MMP-8 tuvieron una mayor probabilidad de infección intraamniótica o inflamación (77%) comparado con mayor concentración de IL-6 (9%; p <0,001). También se observó una mayor probabilidad de infección comprobada del líquido amniótico (33% vs. 3%; p= 0,001) y mayor probabilidad de presentar resultados adversos comparado con aquellos que tenían un resultado negativo para la prueba PTD Check para MMP-8. Los resultados adversos incluyeron un intervalo más corto para el trabajo de parto y parto, así como una mayor tasa de parto prematuro, corioamnionitis histológica, funisitis, bajos puntajes de Apgar y morbilidad neonatal significativa. Los resultados positivos con la prueba DPT Check para MMP-8 obtuvieron una sensibilidad de 90%, especificidad del 80%, valor predictivo positivo del 77% y un valor predictivo negativo del 92% para la identificación de la infección intraamniótica o inflamación, y fue un predictor independiente de los intervalos del trabajo de parto y momento del parto (OR= 3,7; IC 95%= 2,4-5,9) y de la morbilidad neonatal (OR= 3,1; IC 95%= 1,2-7,9) (562). II

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia encontrada en estudios de evaluación de pruebas diagnósticas es de baja calidad y no permite recomendar una u otra prueba diagnóstica utilizada de manera aislada como la MMP-8 o la interleucina 6, comparadas con el análisis histopatológico y microbiológico del liquido amniótico o de la placenta. La evidencia también indica que no resulta útil la utilización de la PCR para el diagnóstico de infección intraamniótica con una muestra de líquido amniótico. Por lo anterior, el GDG y el grupo de expertos, recomienda el uso de pruebas en paralelo para el análisis a la muestra de líquido amniótico para establecer el diagnóstico de infección intraamniótica.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se sugiere para el diagnóstico de corioamnionitis en una muestra de líquido amniótico tener en cuenta la combinación de diferentes hallazgos anormales: cultivo positivo, presencia de más de 6 bacterias o leucocitos en la tinción de gram, recuento de leucocitos mayores de 30/mL en liquido amniótico, glucosa menor de 15 mg/dL, niveles de interleucina-6 (mayor de 2,6 ng/mL) o presencia de metaloproteinasa-8 (positiva=mayor de 10 ng/mL).
A	No se recomienda el uso de proteína C reactiva en líquido amniótico para el diagnóstico de corioamnionitis.

7. ¿EN QUÉ GRUPO DE PACIENTES ESTÁ RECOMENDADA LA UTILIZACIÓN DE CORTICOIDES EN RPM?

El uso de corticoides en pacientes con RPM es controversial. Algunos estudios no han demostrado su beneficio en la reducción del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y con el inconveniente de que podrían incrementar la incidencia de infecciones maternas por su efecto inmunosupresor. Otros sugieren que los corticoides, principalmente en gestaciones entre las 24 y 32 semanas, sí reducen significativamente el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, de hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante sin un aumento significativo de la infección materna o neonatal.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 15 ECC con más de 1.400 mujeres con RPM, evaluó el efecto del uso de corticoides en presencia de ruptura prematura de membranas. Se encontró que los corticosteroides prenatales disminuyeron el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria (RR= 0,56; IC 95%= 0,46–0,70), hemorragia intraventricular (RR= 0,47; IC 95%= 0,31-0,70) y enterocolitis necrotizante (RR= 0,21; IC 95%= 0,05-0,82). Asimismo, se encontró una tendencia a la reducción del riesgo de muerte neonatal (RR= 0,68; IC 95%= 0,43-1,07). Los corticoides no aumentaron el riesgo de infección en la madre (RR= 0,86; IC 95%= 0,61-1,20) o el bebé (RR= 1,05; IC 95%= 0,66-1,68) (563).	1++
La guía de práctica clínica N º 7 del *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* recomienda el uso de corticosteroides en las mujeres con RPM entre las 24 y las 34 semanas de gestación (37).	4
Una revisión sistemática que incluyó 21 estudios controlados aleatorizados con 3.885 mujeres con embarazo único o múltiple en las que se esperaba un parto prematuro como resultado de trabajo de parto prematuro espontáneo, RPM o parto prematuro electivo y que incluyó 4.269 infantes, comparó el uso de un corticoide capaz de atravesar la placenta (betametasona, dexametasona, hidrocortisona) contra placebo o no tratamiento. Los resultados obtenidos indican que el tratamiento con corticosteroides prenatales no aumentó el riesgo de muerte materna, corioamnionitis o sepsis puerperal. El tratamiento con corticosteroides prenatales se asoció con una reducción global de la mortalidad neonatal (RR= 0.69; IC 95%= 0,580,81); de síndrome de dificultad respiratoria (SDR) (RR= 0,66; IC 95%= 0,59-0,73), hemorragia intracerebral ventricular (HIV) (RR= 0,54; IC 95%=0,43-0,69), enterocolitis necrotizante (RR= 0,46; IC 95%= 0,29-0,74), necesidad de apoyo respiratorio, admisión a cuidados intensivos (RR= 0,80; IC 95%= 0,65-0,99), o infecciones sistémicas en las primeras 48 horas de vida (RR= 0,56; IC 95%=0,38-0,85). El uso de corticosteroides prenatales fue efectivo en	1++

mujeres con RPM y síndromes como la hipertensión asociada con el embarazo (519).	
Una revisión sistemática con metanálisis que incluyó siete estudios de cohorte y 1.068 pacientes con gestaciones menores de 32 semanas y diagnóstico de corioamnionitis, comparó el uso de un esquema de betametasona o dexametasona 12 mgs por dos dosis con la aplicación de esquemas incompletos. Se encontró que en los casos con corioamnionitis histológica, los corticoides prenatales se asociaron con disminución de la mortalidad neonatal (OR = 0,45; IC 95%= 0,30-0,68), síndrome de dificultad respiratoria (OR = 0,53; IC 95%= 0,40-0,71), ductus arterioso persistente (OR = 0,56; IC 95%= 0,37-0,85), hemorragia intraventricular (OR = 0,35; IC 95%= 0,18-0,66) y hemorragia intraventricular grave (OR = 0,39; IC 95%= 0,19-0,82). En los casos con corioamnionitis clínica los corticoides prenatales se asociaron con reducción de hemorragia intraventricular severa (OR = 0,29; IC 95%= 0,10-0,89) y leucomalacia periventricular (OR = 0,35; IC 95%= 0,14-0,85). Hubo una tendencia a disminución de la mortalidad neonatal (OR=0,77; IC 95%= 0,36-1,65) y de dificultad respiratoria (OR=0,73; IC 95%= 0,48-1,12) (564).	2 ++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El Comité de Práctica Obstétrica del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomienda un único ciclo de corticosteroides para las mujeres embarazadas entre las 24 semanas y 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto prematuro dentro de los siguientes siete días (4). No existen datos respecto a la eficacia de utilizar los corticosteroides antes de la viabilidad y no se recomienda su uso. La evidencia identificada es de buena calidad, consistente y apunta en la misma dirección a las recomendaciones originales de la guía adaptada que indican el uso de corticosteroides en mujeres con RPM. El uso de un ciclo único de corticosteroides prenatales para acelerar la maduración de los pulmones del feto en las mujeres con riesgo de parto prematuro por ruptura de

membranas, debe considerarse de rutina para fetos prematuros desde la viabilidad fetal hasta la semana 34 6/7 con pocas excepciones. Los corticoides prenatales son seguros y reducen los resultados adversos neonatales después del parto pretérmino asociado a corioamnionitis, reducen los riesgos de mortalidad neonatal y la morbilidad neonatal por síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante en mujeres con ruptura de membranas. Los beneficios superan los riesgos potenciales aún en fetos o madres con infección clínica. La administración de corticoides en madres con RPM no parece incrementar en el riesgo de infección materna o neonatal asociada al uso de corticoides.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda un único ciclo de corticosteroides para las mujeres embarazadas entre las 24 y 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto pretérmino por ruptura prematura de membranas. Los esquemas recomendados de corticoides son: betametasona (12 mg) por vía intramuscular con 24 horas de diferencia por dos dosis o dexametasona (6 mg) por vía intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.
B	Los beneficios neonatales del uso de corticoides se observan aún en niños nacidos en presencia de corioamnionitis.

8. ¿EN QUÉ CASOS SE ENCUENTRA INDICADA LA DOSIS DE CORTICOIDE DE RESCATE EN RPM?

En la actualidad no se recomiendan esquemas múltiples de esteroides antenatales ya que existe evidencia en estudios con animales de su asociación con menor peso cerebral y hepático, alteraciones en la conducta sexual y en las concentraciones de neurotransmisores. En humanos se ha reportado mayor incidencia de restricción del cecimiento intrauterino (RCIU) y muerte neonatal en fetos de menos de 28 semanas de gestación, sin demostrarse beneficios neonatales adicionales en comparación con un curso único.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

El consenso de expertos del Comité de Práctica Obstétrica del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomienda un único ciclo de corticosteroides para las mujeres embarazadas entre las 24 y 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto prematuro dentro de los siguientes siete días. En casos de RPM, recomiendan un ciclo único de corticoides antes de las 32 semanas de la gestación para reducir los riesgos de síndrome de dificultad respiratoria, la mortalidad perinatal, y otras morbilidades. El comité consideró que la eficacia del uso de corticosteroides en las 32-33 semanas completas de gestación con RPM pretérmino es incierta basado en la evidencia disponible a la fecha, pero que el tratamiento podría ser beneficioso, sobre todo si está documentada inmadurez pulmonar. No existen datos respecto a la eficacia de utilizar los corticosteroides antes de la viabilidad por lo que no los recomendó. El comité consideró un solo curso de rescate de corticosteroides prenatales si el tratamiento previo se dió más de dos semanas antes, la edad gestacional actual es menor de 32 6/7 semanas, y las mujeres mantienen el riesgo de tener parto en la siguiente semana, pero no recomendó cursos múltiples programados. Se requiere investigación adicional en relación con los riesgos y beneficios, la dosis óptima y el momento del tratamiento de rescate con esteroides (4).	4
Un estudio de cohorte que incluyó 152 mujeres que habían recibido un ciclo único de corticoides antes de la semana 28 y tenían membranas integras, comparó la efectividad de una dosis única de 12 mg de corticoide de rescate vs. observación. Los resultados encontrados indican que la administración de corticoides de rescate se asoció con una reducción en la frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria (OR= 0,44; IC 95%= 0,2-0,9) y del promedio de días con ventilación mecánica (OR= 0,44; IC 95%= 0,2-0,8) en comparación con la sola observación. Los demás resultados perinatales analizados fueron similares entre los grupos. Un análisis por	2++

regresión logística múltiple confirmó una asociación independiente entre una dosis única de rescate y una reducción en la frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria (OR= 0,40; IC 95%= 0,2-0,9) (565).

Una revisión sistemática que incluyó 10 ECC con 4.733 mujeres y 5.650 niños, evaluó la efectividad y seguridad de la aplicación de dosis repetidas de corticosteroides prenatales por vía intravenosa, intramuscular u oral comparada con placebo. Los infantes fueron seguidos hasta dos años después de su nacimiento. La población incluyó a mujeres que permanecieron en riesgo de parto prematuro y que habían recibido manejo con corticosteroides de siete días o más después de un ciclo inicial de corticosteroides prenatales. En comparación con ninguna repetición del tratamiento con corticosteroides, se redujo el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria (RR= 0,83; IC 95%= 0,75-0,91; NNT= 17) y resultados adversos infantiles serios (RR= 0,84; IC 95%= 0,75-0,94; NNT= 30). El tratamiento con dosis repetidas de corticosteroides se asoció con una reducción del peso medio al nacer (DM= -75,79 g, IC 95%= -117,63 a -33,96). Sin embargo, los resultados de peso al nacer ajustado para la edad gestacional no difirieron entre los grupos de tratamiento. En el seguimiento de los dos primeros años de los bebés no hubo diferencias estadísticamente significativas para los niños expuestos a dosis repetidas de corticosteroides prenatales, en comparación con los bebés no expuestos para los resultados primarios (mortalidad total, la supervivencia libre de cualquier discapacidad o gran invalidez, discapacidad, o el resultado adverso grave) o en las evaluaciones secundarias de los resultados de crecimiento (566). 1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Existe evidencia directa que una dosis simple de rescate con betametasona se asocia con una reducción de la dificultad respiratoria sin incrementar aparentemente la enfermedad infecciosa perinatal. Los beneficios a corto plazo sobre la reducción de la dificultad respiratoria y efectos adversos graves en las primeras semanas apoyan el uso de dosis

repetidas de corticoides prenatales en mujeres que persistan con riesgo de parto pretérmino siete días o más después de la dosis inicial. Estos beneficios se asocian con una pequeña reducción del peso al nacer. La evidencia disponible a la fecha reafirma la ausencia de daño en la infancia temprana y de un mayor beneficio durante el periodo neonatal.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A (↑)	En pacientes con ruptura de membranas, se recomienda una dosis única de rescate de corticosteroides prenatales si la paciente recibió un ciclo completo de corticoides para maduración pulmonar hace más de una semana y la edad gestacional actual es menor a 34 semanas.

9. ¿CUÁL ES EL ESQUEMA ANTIBIÓTICO Y EL TIEMPO DE DURACIÓN RECOMENDADO PARA PROFILAXIS DE INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA EN RPM?

La prevención de infecciones maternas y neonatales en el escenario de una RPM, depende no solo de la elección del antibiótico adecuado, sino del esquema de administración del mismo.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 22 ECC con 6.800 mujeres evaluó los efectos inmediatos y a largo plazo de la administración de antibióticos a mujeres con RPM antes de la semana 37 sobre infección materna, neonatal y mortalidad y morbilidad neonatal. Diez ensayos evaluaron penicilinas de amplio espectro solas o en combinación, cinco evaluaron macrólidos (eritromicina) solos o en combinación y un ensayo evaluó clindamicina y gentamicina. La duración del tratamiento varió entre dos y diez días. El uso de antibióticos después de RPM se asoció con una reducción significativa en términos de corioamnionitis (RR=0,66; IC 95%= 0,46-0,96) y en el número de bebés que nacieron dentro de las 48 horas después de la ruptura (RR=0,71; IC 95%= 0,58-0,87). Se encontró una reducción en los siguientes eventos

1++

de morbilidad neonatal: infección neonatal (RR=0,67; IC 95%= 0,52-0,85), uso de surfactante (RR=0,83; IC 95%=0,72-0,96) y oxigenoterapia (RR=0,88; IC 95%= 0,81-0,96). La combinación de amoxicilina-ácido clavulínico se asoció con un riesgo mayor de enterocolitis necrotizante (RR= 4,72; IC 95%= 1,57-14,23). Un estudio evaluó el seguimiento hasta los siete años (ORACLE Children Study) y encontró que los antibióticos parecen no afectar la salud de los niños (567)(603).	
Un ensayo clínico que incluyó 40 pacientes con RPM evalúo la efectividad de dos esquemas antibióticos: eritromicina 250 mg vía oral cada seis horas vs. clindamicina 600 mg vía intravenosa cada ocho horas. La sepsis perinatal fue más frecuente en el grupo que recibió clindamicina (60%). La aparición de síndrome de dificultad respiratoria fue similar en ambos grupos (70 y 75%) pero la aparición de enterocolitis necrotizante fue más frecuente en el grupo de clindamicina (25 y 5%). Un 5% de las mujeres que recibieron eritromicina presentaron corioamnionitis vs. 20% en el grupo de clindamicina. La incidencia de endometritis fue similar en ambos grupos (568).	1-
Una revisión sistemática que incluyó dos ECC con 838 mujeres con RPM de 36 semanas de gestación o más, comparó cualquier antibiótico administrado como profilaxis (por ejemplo: ampicilina o eritromicina IM para pacientes alérgicas + gentamicina, o cefuroxima + clindamicina vs. no antibiótico). Se encontró que el uso de antibióticos redujo la morbilidad infecciosa materna (corioamnionitis o endometritis, RR=0,43; IC 95%= 0,23-0,82; NNT= 25). No se observaron diferencias estadísticamente significativas para los resultados de morbilidad neonatal. Uno de los estudios encontró una reducción en la duración de la estancia neonatal (DM=-0,90; IC 95%= -1,34 a -0,46) (569).	1++
Un estudio retrospectivo que incluyó 147 mujeres con RPM comparó los siguientes dos protocolos de antibióticos profilácticos: Protocolo A: ampicilina sulbactam IV 3 gramos cada seis horas por 48 horas + amoxicilina-clavulanato 500 mg cada 8 horas	3

por 5 días vía oral. Protocolo B: cefazolina 2 gramos cada 8 horas por 48 horas + eritromicina IV 250 mg cada seis horas, seguido de cefalexina 500 mg cada seis horas por 5 días + eritromicina 250 mg cada seis horas vía oral. No hubo diferencias en el tiempo de latencia, la edad gestacional al momento del parto o la vía del parto. La incidencia de enterocolitis necrotizante fue de 8% para el protocolo A y de 10,2% para el protocolo B (570).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es de buena calidad y demuestra que en pacientes con ruptura de membranas a término no se debe iniciar tratamiento antibiótico antes del inicio del trabajo de parto, mientras que en pacientes con RPM en gestaciones pretérmino se encuentran beneficios sobre la morbilidad materna y neonatal, se retarda el inicio del trabajo de parto y permite el tiempo para la acción de los corticoesteroides. Los datos muestran que la combinación amoxicilina + ácido clavulínico debe evitarse por su asociación con enterocolitis necrotizante. Las penicilinas de amplio espectro y la eritromicina parecen ser los antibióticos de elección, siendo esta última la de elección para pacientes con alergia a la penicilina. Sin embargo, la evidencia no es concluyente en cuanto el tiempo de duración de la profilaxis con antibióticos. Cada uno de los ensayos incluidos en la revisión sistemática y los dos estudios adicionales, no tenían como propósito evaluar la eficacia del antibiótico en relación al tiempo de duración sino en relación al medicamento mismo. La recomendación del RCOG es administrar una profilaxis antibiótica por 10 días pero de la revisión sistemática referenciada solo dos ensayos clínicos con un total de 130 mujeres, evaluaron específicamente el régimen en días de la profilaxis antibiótica (571). La comparación fue 3 días vs. 7 días con ampicilina, pero los datos disponibles de los desenlaces son limitados y no se encontró una desventaja obvia en el régimen de tres días. El grupo de expertos en consenso, consideró las alternativas presentadas en la evidencia para hacer la recomendación.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se sugiere que en pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino, se administre desde el momento del diagnóstico uno de los siguientes esquemas: eritromicina oral sola por 10 días o ampicilina + eritromicina en régimen parenteral y oral combinado por 7 días.

10. ¿CUÁL ES EL ESQUEMA ANTIBIÓTICO RECOMENDADO PARA TRATAMIENTO DE CORIOAMNIONITIS EN EL ESCENARIO DE UNA RPM?

Ante el diagnóstico de corioamnionitis asociado a la RPM, debe iniciarse un tratamiento antibiótico oportuno y pertinente que, acompañado con la interrupción del embarazo, mejore el pronóstico materno y perinatal.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática incluyó dos estudios con 181 mujeres con diagnóstico de infección intraamniótica, fiebre y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino o líquido amniótico purulento. La revisión se centró en evaluar la efectividad del tratamiento antibiótico entre dos esquemas antibióticos diferentes o intervalos de dosificación vs. no antibiótico. El tratamiento con antibióticos durante el parto para infección intraamniótica se asoció con una reducción de la sepsis neonatal (RR= 0,08; IC 95%= 0,00-1,44) y de la neumonía neonatal (RR 0,15; IC 95%= 0,01-2,92) en comparación con el tratamiento dado inmediatamente después del parto, pero sin significancia estadística. No hubo evidencia para apoyar el uso antibióticos de mayor espectro que un régimen de ampicilina y gentamicina para el tratamiento de la infección intraamniótica. No hubo diferencias en los resultados de la sepsis neonatal (RR 2,16; IC 95%= 0,20-23,21) o muerte neonatal (RR 0,72; IC 95%= 0,12-4,16) entre un régimen con y sin actividad anaeróbica. Se encontró una tendencia hacia la disminución en la incidencia de endometritis postparto en las mujeres que recibieron tratamiento con ampicilina, gentamicina y clindamicina, en comparación con sólo ampicilina y gentamicina, pero este resultado tampoco fue estadísticamente significativo (RR=	1+

0,54; IC 95%= 0,19-1,49). Se concluyó que no hay evidencia que permita modificar los esquemas usuales de manejo de la infección intraamniótica. (572).

Un ECC con 38 mujeres embarazadas con al menos 34 semanas de gestación y diagnóstico clínico de corioamnionitis anteparto (definida por fiebre y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino o líquido amniótico purulento), evaluó la efectividad de la gentamicina 5,1 mg/kg cada 24 horas + ampicilina 2 g cada 6 horas vs. gentamicina 120 mgs, luego 80 mgs cada 8 horas + ampicilina 2 g cada 6 horas. La concentración pico de gentamicina fue significativamente superior con la dosis única diaria de gentamicina (ug/mL) (18,2 vs. 7,1 ug/mL; p= 0,001) sin diferencias en su vida media. La dosis única de gentamicina resultó en niveles séricos fetales similares a los niveles neonatales óptimos. La depuración de la gentamicina en fetos a término fue similar a los valores publicados para neonatos. No se observaron efectos adversos relacionados con las dosis únicas altas. Sin embargo, el estudio no tuvo poder suficiente para encontrar diferencias en efectividad de los esquemas de tratamiento (573). 1+

Un ECC con 126 embarazos con al menos 34 semanas de gestación y diagnóstico clínico de corioamnionitis anteparto, comparó dos esquemas de antibióticos: gentamicina 5 mg/kg cada 24 horas + ampicilina 2 g cada 6 horas vs. gentamicina 2 mgs/kg luego 1,5 mgs/kg cada 8 horas + ampicilina 2 g cada 6 hora. En ambos grupos se agregó clindamicina por 3 dosis si el parto era por cesárea, realizándose seguimiento por 10 días. Las características basales fueron similares en ambos grupos excepto una mayor duración de la ruptura de membranas en el grupo expuesto a esquema de dosis múltiples (679 ± 514 vs. 469 ± 319 minutos; p= 0,03). El éxito del tratamiento fue similar en ambos grupos (94% gentamicina única diaria vs. 89% cada 8 horas; P=0,53). No hubo diferencias en la morbilidad materna o neonatal incluyendo hemorragia posparto, estancia hospitalaria, fiebre o desenlaces 1++

neonatales como sepsis, estancia en UCI, días de ventilación ni alteraciones en el tamizaje auditivo neonatal (574).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia demuestra de forma indirecta que el tratamiento de la corioamnionitis clínica iniciado antes del parto reduce las complicaciones maternas y neonatales. El cubrimiento con esquemas antibióticos para anaerobios parece disminuir el riesgo de endometritis posparto comparado con otros esquemas de amplio espectro. La evidencia apoya el uso de dosis únicas por día de gentamicina para el tratamiento de la infección materna y fetal. Los beneficios de la terapia superan los riesgos y no parecen afectar negativamente los desenlaces neonatales a corto plazo.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

√	Una vez hecho el diagnóstico de corioamnionitis se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico inmediatamente con clindamicina 600 mg IV cada 6 horas + gentamicina 240 mg IV cada 24 horas y desembarazar.
A	Se recomienda la administración de gentamicina en esquemas de dosis única diaria para el tratamiento de la corioamnionitis clínica.

11. ¿QUÉ MEDICAMENTO ESTÁ RECOMENDADO PARA LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN MANEJO NO EXPECTANTE DE PACIENTE CON RPM SIN TRABAJO DE PARTO?

Una ruptura prematura de membranas conlleva a la terminación del embarazo pero previa maduración pulmonar del feto. Aunque existe la probabilidad de que el trabajo de parto se desencadene de manera espontánea, existen indicaciones y condiciones en las que se debe inducir el parto.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó nueve ECC con 1.603 mujeres que requerían maduración cervical e inducción del parto, evaluó la efectividad del | 1+

misoprostol intravaginal comparado con un catéter transcervical en la inducción del parto. No hubo diferencias significativas en el tiempo medio hasta el parto (1,08 ± 2,19 horas más corto para misoprostol; p=0,2348); la tasa de cesárea (RR= 0,99; IC 95%= 0,768-1,278) o la tasa de corioamnionitis (RR= 1,13; IC 95%= 0,61-2,08) entre mujeres que recibieron misoprostol comparado con catéter transcervical. Las pacientes que recibieron misoprostol tuvieron mayor riesgo de taquisistolia uterina comparado con las mujeres que recibieron el catéter transcervical (RR= 2,84; IC 95%= 1,39-5,81) (575).	
Una revisión sistemática que incluyó 12 ECC con 1.603 mujeres en preparto con al menos 37 semanas de gestación, comparó el parto temprano planeado con oxitocina o prostaglandinas vs. manejo expectante. No hubo diferencias en la vía del nacimiento entre el manejo expectante o planeado (RR para cesárea= 0,94; IC 95%= 0,82-1,08. RR para parto vaginal= 0,98; IC 95%= 0,84-1,16). También se encontró un menor número de mujeres con corioamnioitis en el manejo planeado comparado con el manejo expectante (RR= 0,74; IC 95%= 0,56-0,97) o con endometritis (RR= 0,30; IC 95%= 0,12-0,74). No se encontraron diferencias en relación a la infección neonatal (RR= 0,83; IC 95%= 0,61-1,12). Asimismo, se encontró una frecuencia menor de niños enviados a unidades de cuidado intensivo o especiales en el grupo de manejo planeado (RR= 0,72; IC 95%= 0,57-0,92) (576).	1++
Una revisión sistemática que incluyó 15 ECC con 1.583 mujeres con RPM a término, evaluó la efectividad del misoprostol comparada con placebo, manejo expectante u oxitocina en la inducción del parto. El misoprostol comparado con placebo o manejo expectante, incrementó el parto vaginal ocurrido en menos de 12 horas (RR= 2,71; IC 95%= 1,87-3,92). El misoprostol fue similar a la oxitocina en relación al parto vaginal ocurrido antes de 24 horas (RR= 1,07; IC 95%= 0,88-1,31) y antes de 12 horas (RR= 0,98; IC 95%= 0,71-1,35). El misoprostol no se asoció con un incremento en el riesgo de taquisistolia, hipertonía o síndrome de	1+

hiperestimulación cuando se comparó con la oxitocina y tuvo un riesgo similar de desenlaces adversos maternos y neonatales (577).	
Una revisión sistemática que incluyó 17 ECC con 10.159 mujeres gestantes, evaluó la efectividad del misoprostol oral vs. no tratamiento u otras seis opciones de manejo para la inducción del parto (prostaglandina E2 vaginal, prostaglandina E2 intracervical, oxitocina sola, amniotomía sola, amniotomía más oxitocina y misoprostol vaginal). En el análisis del subgrupo de mujeres con RPM, el parto ocurrió dentro de las 24 horas con el uso de misoprostol oral (RR= 0,16; IC 95%= 0,05-0,49), se observó una menor tasa de cesáreas en estos casos (RR= 0,61; IC 95%= 0,41 - 0,93) y menor necesidad de refuerzo con oxitocina (RR= 0,35; IC 95%= 0,28 - 0,44). La comparación entre el misoprostol oral y el misoprostol vaginal fue realizada sólo en un estudio a mujeres con RPM. No se encontraron diferencias significativas en los desenlaces evaluados, como hiperestimulación uterina con cambios en la frecuencia cardiaca fetal (RR= 1,27; IC95%= 0,71-2,29) y realización de cesáreas (RR= 0,97; IC 95%= 0,49-1,91). Cuando se compararon las dosis de 50 mcg vs. 100 mcg vía oral en mujeres con RPM no hubo diferencias significativas en ninguno de los desenlaces medidos (578).	1++
Una revisión sistemática que incluyó 121 ECC con 15.000 mujeres tuvo como objetivo determinar la efectividad y seguridad del uso de misoprostol por vía vaginal en el tercer trimestre para maduración cervical e inducción del parto. Se incluyeron comparaciones como misoprostol vs. placebo (ningún tratamiento), misoprostol vs. oxitocina, misoprostol vaginal vs. prostaglandinas y misoprostol vs. aplicación intracervical de prostaglandinas. También se compararon la administración de dosis bajas de misoprostol en comparación con regímenes de dosis más altas y de misoprostol en gel vs. tabletas. Solo 13 ensayos tuvieron un adecuado cegamiento. Cuando se comparó el uso de misoprostol con placebo para las mujeres con RPM, hubo una diferencia significativa en el parto vaginal	1++

que no se logró en las siguientes 24 horas (RR=0,48; IC 95%= 0,31-0,73) y en la tasa de cesáreas (RR= 0,58; IC 95%= 0,36-0,91). Cuando se comparó el misoprostol con prostaglandinas de aplicación vaginal en mujeres con RPM, se encontró una diferencia significativa en la hiperestimulación uterina sin cambios en la FCF (RR= 3,84; IC 95%= 1,93-7,65) y en la necesidad de refuerzo con oxitocina (RR= 0,37; IC 95%= 0,22-0,64). Ningún ensayo comparó el misoprostol con prostaglandinas intracervical en mujeres con RPM. Cuando se comparó misoprostol con oxitocina en mujeres con RPM, no hubo diferencias significativas en ningún desenlace medido (parto vaginal logrado en 24 horas, hiperestimulación uterina o cesárea). No hubo ensayos que compararan misoprostol en dosis bajas y altas en mujeres con RPM, ni tampoco que compararan misoprostol en gel o tabletas en mujeres con RPM (579).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es consistente en los resultados de la efectividad del misoprostol como agente para la maduración cervical y la inducción del parto en las mujeres en general. Es claro que el manejo expectante podría considerarse como un manejo que involucra un aumento en el riesgo de infección materna y perinatal, por lo que no esta indicado en todas las edades gestacionales. Para la inducción del parto en las pacientes con RPM, el GDG y el consenso de expertos consideró que el misoprostol es efectivo para la maduración cervical y la inducción del parto. Los análisis del subgrupo de mujeres con RPM muestran en las diferentes revisiones que el misoprostol es superior a la mayoría de métodos de inducción excepto cuando se compara con la oxitocina. Finalmente, la administración de misoprostol por vía oral parece tener más seguridad que la vía vaginal con dosis a utilizar menores de 50 mcg.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas con oxitocina o misoprostol oral a bajas dosis vigilando continuamente la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal.
√	No se recomienda el misoprostol vaginal para la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas.

12. ¿EN QUÉ GRUPO DE PACIENTES SE ENCUENTRA RECOMENDADA LA AMNIOINFUSIÓN?

En el contexto clínico de la RPM, es importante aclarar el rol de la amnioinfusión y sus beneficios sobre la compresión del cordón y la disminución de la movilidad en los fetos con RPM, así como evaluar los riesgos de realizar este procedimiento.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó un solo ECC con 116 mujeres en trabajo de parto con oligohidramnios pero sin desaceleraciones de la FCF, comparó la amnioinfusión profiláctica con la amnioinfusión terapéutica. No se encontraron diferencias en la necesidad de cesárea (RR= 1,29; IC 95%= 0,60-2,74). Tampoco hubo diferencias en el pH arterial del cordón, refuerzo con oxitocina, neumonía neonatal o endometritis posparto. La amnioinfusión profiláctica se asoció con incremento en la fiebre intraparto (RR= 3,48; IC 95%= 1,21-10,05) (580).	1++
Una revisión sistemática que incluyó 19 ECC con 2.195 mujeres en quienes se encontró un incremento en el riesgo del bebé de desarrollar patrones sugestivos de compresión del cordón umbilical, comparó la amnioinfusión como manejo para la sospecha de compresión del cordón umbilical durante el trabajo de parto vs. no amnioinfusión. La amnioinfusión transcervical se asoció con una disminución de la necesidad de cesárea (RR= 0,62; IC 95%= 0,46-0,83), de desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal (RR= 0,53; IC 95%= 0,38-0,74), de Apgar < 7 a los cinco minutos (RR= 0,47; IC 95%= 0,30-0,72), de meconio bajo las cuerdas vocales (RR= 0,53; IC 95%= 0,31-0,92), de endometritis posparto (RR= 0,45; IC 95%= 0,25-0,81) y de la estancia hospitalaria materna superior a tres días (RR= 0,45; IC 95%= 0,25-	1++

0,78). La amnioinfusión transabdominal mostró tendencias similares (581).

Una revisión sistemática que incluyó cinco ECC con 241 mujeres con RPM entre la semana 26 y 35 de gestación, evaluó la efectividad de la amnioinfusión en el trabajo de parto para la prevención de complicaciones neonatales. La amnioinfusión transcervical mejoró el pH de la arteria umbilical al momento del parto (DM= 0,11; IC 95%= 0,08-0,14) y redujo las desaceleraciones persistentes durante el trabajo de parto (RR= 0,52; IC 95%= 0,30-0,91). La amnioinfusión transabdominal se asoció con una reducción en la muerte perinatal (RR= 0,30; IC 95%= 0,14-0,66), en la sepsis neonatal (RR= 0,26; IC 95%= 0,11-0,61), en la hipoplasia pulmonar (RR= 0,22; IC 95%= 0,06-0,88) y en la sepsis puerperal (RR= 0,20; IC 95%= 0,05-0,84). Las mujeres en el grupo de amnioinfusión tuvieron un riesgo menor de iniciar el parto dentro de los siete días de inicio de la RPM (RR= 0,18; IC 95%= 0,05-0,70) (582). 1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El uso de amnioinfusión para la sospecha o potencial compresión del cordón umbilical puede ser beneficiosa para las madres y los bebés para reducir la ocurrencia de desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal, endometritis posparto y cesáreas. Por otro lado, no parece haber ventajas de la amnioinfusión profiláctica sobre la amnioinfusión terapéutica llevada a cabo en presencia de desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal o líquido amniótico meconiado. El GDG y el grupo de expertos en consenso, consideró que se requiere mayor evidencia para recomendar la amnioinfusión rutinaria en la práctica clínica en gestantes con RPM.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	No se recomienda la amnioinfusión rutinaria en mujeres con ruptura prematura de membranas.

13. ¿CUÁL DEBE SER EL MANEJO RECOMENDADO DE LA RPM ACORDE CON LA EDAD GESTACIONAL?

La decisión de inducir el trabajo de parto o realizar manejo expectante en los casos de RPM requiere una evaluación de los riesgos relacionados con el desarrollo de infección intrauterina en embarazos manejados de forma expectante, comparados con los riesgos de la prematurez en partos inducidos muy tempranamente. Por ende, los riesgos maternos y neonatales deben ser considerados para definir cuál es el manejo óptimo de una mujer con ruptura de membranas según la edad gestacional a la que ocurra.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un estudio de serie de casos que incluyó 87 mujeres con RPM entre las semanas 14 y 24 + 6/7 semanas de gestación evaluó, con un seguimiento de 2 años, el resultado en los niños con antecedente de RPM en el segundo trimestre de la gestación. Los resultados indican que la mediana de latencia de RPM hasta el parto fue de cuatro días. La tasa de supervivencia fue de 45%. La tasa de supervivencia de los bebés dados de alta hospitalaria fue de 23%. Se encontró corioamnionitis histológica en el 42% de los niños que sobrevivieron en comparación con 92% en los que murieron en el hospital. De los 12 niños sobrevivientes, el 50% tuvo un resultado neurológico y de desarrollo normal en el seguimiento a 2 años de edad (583).	3
En un estudio de serie de casos que incluyó 159 mujeres con RPM antes de la semana 24 de gestación, se evaluó la supervivencia neonatal sin morbilidades como desenlace. La mediana de edad gestacional al momento de la RPM fue de 21,4 semanas de gestación (desviación estándar (DE)= 14,0-23,9). La edad gestacional media al momento del parto fue de 24,7 semanas (DE= 15,4-34,1). 47 pacientes presentaron muerte fetal intrauterina o en el momento del parto. De 112 recién nacidos ingresados en cuidados intensivos, 56,0% sobrevivieron y 27,0% no tuvieron morbilidad neonatal mayor (584).	3
Un estudio de cohorte incluyó 288 pacientes entre las 22 y 27 6/7 semanas de	3

gestación con trabajo de parto prematuro, RPM o parto prematuro iatrogénico. El objetivo fue determinar la existencia de correlaciones entre el parto prematuro y la supervivencia y morbilidad mayor del recién nacido. En estos grupos se comparó la supervivencia y la supervivencia sin morbilidad mayor (hemorragia intraventricular grado 3-4, leucomalacia periventricular, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar grado 3-4 o enterocolitis necrotizante) al momento de la salida. La supervivencia fue menor para la RPM pretérmino (54%) que para el trabajo de parto prematuro (75%) y parto prematuro iatrogénico (67%). La supervivencia se asoció positivamente con la edad gestacional y el tratamiento prenatal de esteroides. La supervivencia sin morbilidad mayor no difirió significativamente entre los grupos y se asoció positivamente con la edad gestacional y negativamente con ser pequeños para la edad gestacional. La supervivencia infantil fue significativamente menor cuando la aparición de parto prematuro fue por la RPM en comparación con el parto prematuro iatrogénico. Para los bebés supervivientes no hubo diferencias en morbilidad mayor (585).	
En un estudio de cohorte que incluyó 1.952 mujeres con RPM entre las 28 y 33 semanas de gestación, se compararon los casos de RPM sin complicaciones con la de los partos prematuros espontáneos para determinar el efecto del período de latencia en los resultados neonatales. Los neonatos en el grupo de RPM sin complicaciones presentaron mayor riesgo de eventos adversos (53,7% vs. 42,0%; p=0.001), mortalidad (1,6% vs. 0,0%; p=0,001), morbilidad respiratoria (32,8% vs. 26,4%; p= 0.006), enterocolitis necrotizante (OR= 2,0; IC 95%=1,4–2,9), ictericia (OR= 1,5; IC 95%= 1,2–1,8), hipoglucemia (OR= 3,5; IC 95%= 2,6-4,6), hipotermia y policitemia (OR= 3,4; IC 95%= 1,8-6,5). El resultado adverso neonatal fue más frecuente en los casos de periodo de latencia de siete días (OR= 1,7; IC 95%= 1,1–2,8), oligohidramnios (OR= 2,8; IC 95%= 1,5–5,3), feto de sexo masculino (OR= 1,7; IC 95%= 1,1–3,2), y nuliparidad (OR= 3,1; IC 95%= 1,8–5,5). El impacto en la morbilidad que se pueda presentar en los bebés prematuros expuestos a RPM debe	2+

ser estratificado según la duración del periodo de latencia junto con los factores de riesgo expuestos anteriormente (586).	
Un estudio de cohorte que incluyó 95 embarazos únicos con RPM y parto entre las semanas 26 y 34 de gestación, evaluó si el Índice de Líquido Amniótico (ILA) menor de 5 cm luego de la RPM se asocia con un mayor riesgo de morbilidad perinatal. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos sobre la base del ILA < 5 cm o ILA ≥ 5 cm. Los resultados para ambos grupos fueron similares con respecto a los datos demográficos seleccionados, edad gestacional al momento de la ruptura de las membranas (31,5 vs, 33,5), la edad gestacional en el momento del parto (32,6 vs. 34,5), peso al nacer (2.120 g vs. 2.445 g). Los pacientes con ILA menor a 5 cm presentaron una mayor frecuencia de cesárea por pruebas fetales anormales (23% vs. 2,8%; p= 0,001). Los pacientes en el grupo con ILA mayor a 5 tuvieron un aumento significativo en la frecuencia de corioamnionitis clínica (5 (19,2%) vs. 2 (3%); P <0,001) (587).	2+
En un estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico que incluyó 241 mujeres con RPM entre las semanas 34 a 36 de gestación se evaluaron las complicaciones maternas y neonatales en relación a la política del hospital para manejo expectante o activo de la RPM. La incidencia de corioamnionitis clínica fue de 4,8% en el primer grupo y 0,9% en el segundo grupo (p = 0,07). La necesidad de oxígeno neonatal a las 24 horas fue mayor en el grupo de manejo activo que en el grupo de manejo expectante (7,0 vs. 1,6%; p= 0,05). Sin embargo, después del ajuste por la edad gestacional al nacer, el parto a las 34 semanas de gestación continuó asociado con la necesidad de oxígeno neonatal a las 24 horas. La tasa de hipoglucemia o hipocalcemia fue del 5,6% en el grupo de manejo expectante versus el 12,3% en el grupo de manejo activo (p = 0,07). No hubo muertes neonatales (588).	2+
Un estudio de cohorte que incluyó 430 mujeres con RPM con edad gestacional mayor a 24 semanas o con parto antes de la semana 37, evaluó los resultados del manejo estandarizado que incluía el manejo expectante con RPM antes de la	2+

semana 34 (en ausencia de actividad uterina, corioamnionitis y compromiso fetal). Se administró antibióticos profilácticos y betametasona para embarazos menores a 32 semanas. Se encontró que la mortalidad neonatal fue menor en los hijos de mujeres con RPM y edad gestacional mayor a 28 semanas (46,6% vs. 2%; p<0,05). La morbilidad neonatal mayor fue más alta en embarazos con partos a la semana 33 o menos, comparados con embarazos con partos en la semana 36. La morbilidad neonatal menor fue significativamente mayor en embarazos con partos a la semana 34 o menos, comparados con embarazos con partos en la semana 36. La estancia hospitalaria materna y neonatal fue mayor en el grupo con partos antes de la semana 34 o menor, comparados con las mujeres con embarazos antes de la semana 36 (5,2 ± 6,8 días vs. 2,6 ± 1,6 días; P<0,006) (589).	
Un ECC con 49 mujeres comparó el uso de la indometacina vs. placebo durante 48 horas en mujeres con RPM entre la semana 24 y 32 de gestación. No hubo diferencias en la proporción de mujeres cuyo embarazo duró más de 48 horas (56% vs. 44%) o en el período de latencia. Tampoco se encontraron diferencias en la frecuencia de mujeres con corioamnionitis o endometritis. En relación con los desenlaces neonatales, tampoco hubo diferencias en estrés respiratorio, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, retinopatía de la prematuridad, ductus arterioso persistente o muerte (570).	1+
Un ECC con 100 mujeres comparó el uso de misoprostol con el manejo expectante en mujeres con RPM en la semana 37 o más. El grupo con misoprostol tuvo un período de latencia más corto (10-12 horas vs. 20-24 horas), menor frecuencia de cesáreas , menos casos de corioamnionitis (3% vs. 7.8%) y de fiebre posparto (1% vs. 1.8%). Hubo un ligero aumento en las complicaciones maternas en el grupo de manejo expectante, pero sin relación con la morbilidad materna a largo plazo. No hubo diferencias en morbilidad y mortalidad neonatal (590).	1+
Un estudio de cohorte que incluyó 241 mujeres con RPM entre las semanas 34 a 36, comparó el manejo activo con oxitocina en mujeres con cuello maduro o manejo	2+

con misoprostol en mujeres con cuello inmaduro vs. manejo expectante. La incidencia de corioamnionitis clínica fue 4,8% en el grupo de manejo expectante y 0,9% en el grupo de manejo activo (p=0,07). La necesidad de oxígeno neonatal en 24 horas fue mayor en el grupo de manejo activo que en el de manejo expectante (7% vs. 1,6%; p=0,05). La frecuencia de hipoglicemia o hipocalcemia fue 5,6% en el manejo expectante y 12,3% en el manejo activo (p=0,07) (591).	
Una revisión narrativa de la literatura sugiere que el manejo expectante es adecuado para las mujeres con edad gestacional menor de 34 semanas y no menor de la semana 24. Después de la semana 34 el manejo expectante parece no proveer ningún beneficio; por el contrario, puede incrementar el riesgo de corioamnionitis e infección neonatal (592)	4
Una revisión sistemática que incluyó 8 ECC con 408 mujeres, evaluó el efecto del uso de tocolíticos comparado vs. no tocolíticos en el manejo de la ruptura prematura de membranas entre las semanas 23 y 36 6/7 semanas. El uso de tocolíticos no se asoció con la mortalidad perinatal en mujeres con RPM (RR= 1,67; IC 95%= 0,85-3,29). Por otra parte, el uso de tocolíticos se asoció con una latencia más larga (DM= 73,12 horas; IC 95%= 20,21-126,03), un menor número de nacimientos dentro de las 48 horas (RR= 0,55; IC 95%= 0,32-0,95), un mayor número de niños con Apgar menor de 7 a los cinco minutos (RR= 6,05; IC 95%= 1,65-22,23) y con incremento de la necesidad de ventilación neonatal (RR= 2,46; IC 95%= 1,14-5,34). En el subgrupo de análisis donde se comparó betamiméticos vs. no betamiméticos, la tocolisis se asoció con un incremento en la latencia y un incremento con significancia limítrofe, del riesgo de corioamnionitis. Para pacientes con RPM antes de la semana 34, hubo un incremento significativo en el riesgo de corioamnionitis en las mujeres que recibieron tocolisis (593).	1++
Una serie de casos retrospectiva con 236 mujeres examinó los desenlaces neonatales de la RPM entre la semana 32 y 36 de gestación, encontrando que la edad gestacional específica para reducir la morbilidad fue las 34 semanas. La	3

incidencia de síndrome de dificultad respiratoria y la estancia hospitalaria se redujeron en infantes nacidos después de la semana 34 de gestación (594).

Una revisión sistemática que incluyó siete ECC con 690 mujeres con RPM antes de la semana 37 de gestación, evaluó el parto temprano comparado con el manejo expectante en los desenlaces maternos y neonatales. No se identificaron diferencias en el desenlace primario de sepsis neonatal (RR= 0,98; IC 95%= 0,74-1,29). El parto temprano incrementó la incidencia de cesárea (RR= 1,51; IC 95%= 1,08-2,10). No se encontraron diferencias en relación a la mortalidad perinatal (RR= 0,98; IC 95%= 0,41-2,36), la muerte intrauterina (RR= 0,26; IC 95%= 0,04-1,52), la muerte neonatal (RR= 1,59; IC 95%= 0,61-4,16), la morbilidad neonatal incluyendo hemorragia cerebro-ventricular (RR= 1,90; IC 95%= 0,52-6,92), enterocolitis necrotizante (RR= 0.58; IC 95%= 0.08-4.08) o la duración de la hospitalización neonatal (DM= -0.33 días; IC 95%= -1,06 a 0,40 días). En relación a los desenlaces maternos, se encontró que el parto temprano incrementó la endometritis (RR= 2,32; IC 95%= 1,33-4,07), pero el parto temprano no tuvo efectos sobre la corioamnionitis (RR= 0,44; IC 95%= 0,17-1,14). También se encontró una reducción significativa del parto temprano sobre la duración de la estancia hospitalaria materna (DM= -1,13 días; IC 95%= -1,75 a -0,51 días) (595). 1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia relacionada con el manejo expectante y la edad gestacional para la viabilidad fetal en los casos de RPM no es suficiente para establecer con claridad la edad gestacional en la cual se disminuyen las complicaciones fetales y neonatales. El manejo expectante por encima de la semana 34, parece disminuir la aparición de complicaciones neonatales. El manejo óptimo de la RPM requiere un diagnóstico adecuado y la determinación de la edad gestacional. Durante el manejo expectante, las pacientes deben ser vigiladas constantemente para identificar complicaciones como desprendimiento de la placenta, infección, el inicio del trabajo de parto o el deterioro del bienestar fetal. Un manejo

expectante puede asociarse con un incremento en la tasa de corioamnionitis clínica, además de un ligero aumento de otras complicaciones, pero no a largo plazo. La evidencia disponible demuestra que el manejo expectante puede ser más benéfico para los neonatos debido a que se disminuyen los riesgos de morbilidad asociados a la prematurez, aunque el manejo expectante incrementa los riesgos de morbilidad materna, especialmente corioamnionitis, cuando se compara con parto inmediato. La edad gestacional específica cuando los beneficios superan los riesgos tanto para la madre como para el bebé, parece estar después de la semana 34 de gestación. A pesar de los diferentes resultados, No hay evidencia suficiente para guiar la práctica clínica sobre los beneficios o daños del parto inmediato comparado con manejo expectante para mujeres con RPM. Hasta la fecha todos los ensayos clínicos han tenido debilidades metodológicas y han tenido poco poder para detectar medidas significativas de la morbilidad materna e infantil. Tampoco se encontraron beneficios del uso de indometacina comparado con placebo en la prolongación de la gestación o en los desenlaces neonatales de las mujeres con RPM. La evidencia sugiere que hay insuficiente evidencia para soportar la terapia tocolítica en mujeres con ruptura prematura de membranas, pues hubo un incremento en la corioamnionitis materna sin beneficios significativos para el bebé. Por estas razones, el GDG en conjunto con el consenso de expertos, sugiere el manejo individualizado de cada caso, en especial en las gestaciones menores a 26 semanas.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A (↑)	No se recomienda la administración de tocolíticos en mujeres con RPM en ninguna edad gestacional.
B	Se recomienda considerar la inducción del parto desde la semana 34 de gestación. Cuando se indique el manejo expectante, las gestantes deben ser informadas de un riesgo mayor de corioamnionitis y la disminución del riesgo de problemas respiratorios en el neonato.
√	En gestaciones entre 32 y 34 semanas y a falta de disponibilidad de amniocentesis para determinar maduración pulmonar, se recomienda el manejo expectante activo con un ciclo completo de corticoides, el uso del esquema antibiótico definido y desembarazar electivamente.
√	Para las gestaciones desde la semana 26 hasta la 32, se recomienda realizar manejo expectante con maduración pulmonar, el uso de esquema antibiótico definido y vigilancia estricta hasta encontrar compromiso de la salud materna, signos de infección intrauterina, compromiso del bienestar fetal o confirmación de la madurez pulmonar.

C	En mujeres con ruptura prematura de membranas entre las semanas 24 a 26 de gestación, se sugiere el manejo individualizado de la gestación teniendo en cuenta factores pronósticos como: la edad gestacional al momento de la ruptura, el tiempo de latencia, el peso fetal estimado y la presencia de signos de infección materna o fetal.
√	Se sugiere el desarrollo de estadísticas locales e institucionales para establecer el pronóstico de estas gestaciones según el manejo establecido. El manejo expectante de las gestaciones entre las semanas 24 a 26 en presencia de RPM tiene estimaciones de sobrevida entre 13 a 56% y hasta un 50% de riesgo de morbilidad neonatal severa a dos años.
√	Las opciones de manejo de las pacientes con RPM entre las semanas 24 a 26 y el pronóstico fetal, deben ser discutidas con la gestante y su familia.

14. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES PARA LA PROFILAXIS DE ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B?

El estreptococo del grupo B (EGB) es una de las principales causas de sepsis neonatal temprana y tardía. Se han propuesto diferentes estrategias para prevenir la infección neonatal; la profilaxis antibiótica o la identificación de madres portadoras podrían disminuir la sepsis neonatal asociada a este germen.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una serie de casos con 40 mujeres indica que la profilaxis prenatal con penicilina oral no reduce la probabilidad de colonización por estreptococo del grupo B al momento del parto; por ende no está indicada en ésta situación (596).	3
Un estudio prospectivo en 569 gestantes evaluó la presencia de bacteriuria en el embarazo. Cuarenta y seis pacientes (8%) presentaron bacteriuria, incluyendo 14 con infección por estreptococo del grupo B. Dos embarazos tuvieron como desenlace la muerte fetal intrauterina y un neonato desarrolló sepsis por estreptococo del grupo B. Las tres complicaciones se presentaron entre las 14 mujeres con bacteriuria por estreptococo. Este estudio reveló que la bacteriuria por estreptococo del grupo B es más frecuente en el embarazo. En términos de riesgo de infección perinatal, la realización de la detección de bacteriuria por estreptococo del grupo B cerca del momento del parto puede	2-

ser más significativa que estudios realizados en otro momento de la gestación (597).	
Una cohorte de 5.547 recién nacidos evaluó la administración de ampicilina IV 3 g luego del inicio del trabajo de parto y 1,5 g cada 4 horas hasta el alumbramiento. En presencia de alergia a la penicilina se administró clindamicina 900 mg IV cada 8 horas. Concluyó que los antibióticos de amplio espectro como la ampicilina deberían evitarse, teniendo en cuenta el posible incremento de sepsis debida a gram-negativos (598).	2+
Un estudio de cohorte que incluyó a 4.525 mujeres en trabajo de parto, evaluó la relación entre el tiempo de administración de profilaxis con ampicilina y la eficacia en interrumpir la trasmisión intraparto del estreptococo del grupo B. El porcentaje de colonización por EGB fue de 12% (543 mujeres) con 454 partos vaginales y 454 recién nacidos vivos. La ampicilina profiláctica fue administrada en 44% de estas pacientes y 10% de los neonatos. La relación entre la administración del antibiótico y la transmisión vertical de EGB fue la siguiente: menos de 1 hora previo al parto= 46%; entre 1-2 horas= 29%; 2-4 horas= 2,9% y más de 4 horas= 1,2% (599).	2+
Un estudio de casos y controles que incluyó a 109 casos y 207 controles evaluó la efectividad de la profilaxis de antibiótico intraparto en el desarrollo de la infección neonatal por estreptococo del grupo B neonatal. Se concluyó que con el fin de optimizar la eficacia de la profilaxis, la primera dosis debe ser administrada al menos dos horas previas al nacimiento (89% vs. 71 %; IC 95%= 70-96)(599, 600).	3
Una revisión sistemática que incluyó nueve estudios (siete estudios prospectivos (grupo A) y otro grupo de dos estudios retrospectivos (grupo B) con 25.664 mujeres, tuvo como objetivo determinar el mejor momento para realizar tamizaje para estreptococo B con cultivo, para ayudar a establecer la prevención óptima de infección perinatal por EGB en neonatos a término y	Ia

pretérmino. Los cultivos en los estudios del grupo A fueron hechos entre las 10 y 40 semanas de gestación con una media de 30,6 semanas. La prevalencia de colonización por EGB varió de 6 a 29% con una media de 18% en el periodo antenatal y 6 a 28% al momento del parto (media del 20%). El valor predictivo positivo (VPP) de los cultivos para EGB fue de 43 a 100% (media de 69%) y el valor predictivo negativo (VPN) fue de 80 a 100% (media de 94%). El VPP se correlacionó positivamente con la edad gestacional a la cual se tomaron las muestras. Los resultados del grupo B muestran que el VPP disminuyó cuando el intervalo entre el cultivo antenatal y el parto fue mayor a 6 semanas (350).	
Una revisión sistemática que incluyó 3 ECC con 1.204 mujeres evaluó los desenlaces en la administración de antibiótico vs. placebo como profilaxis. Los resultados mostraron que el uso de profilaxis no disminuyó la incidencia de mortalidad por cualquier causa, mortalidad por infección por estreptococo del grupo B, o de la infección por cualquier causa. Sin embargo, la incidencia de infección temprana por EGB mostró una reducción con el antibiótico (RR =0,17; IC 95%= 0,04-0.74; NNT=25). Uno de los ECC estudiados en esta revisión, comparó ampicilina versus penicilina sin encontrar diferencias significativas en los desenlaces neonatales o maternos (601).	1+
Una revisión sistemática que incluyó tres ECC con 328 neonatos evaluó la efectividad del lavado con clorhexidina vs. placebo en la disminución de la colonización neonatal. En comparación al placebo, el lavado con clorhexidina se asoció con una disminución de la colonización neonatal con EGB dentro de los primeros siete días (RR =0,72; IC 95%=0,56-0,91; NNT= 4-20 asumiendo un 58% de colonización en el grupo control) (602).	1-
Un estudio de cohorte con 98 pacientes evalúo la relación entre el tiempo de duración de profilaxis y los niveles séricos de penicilina G en aquellos fetos expuestos solo cuatro horas comparado con lapsos más prolongados. Se encontró que los niveles fetales de penicilina son superiores a la	2+

concentración mínima inhibitoria aún en profilaxis de corta duración (menores a cuatro horas). Los autores concluyen que se requieren estudios que correlacionen la duración de la profilaxis con desenlaces clínicos de importancia para el recién nacido y la madre. La colonización del feto por EGB es un desenlace subsidiario de la sepsis neonatal por EGB (603).	
En una serie de casos de 26 mujeres a término con indicación de cesárea electiva y membranas intactas se les administró cefazolina (1 g) IV en 5 intervalos de tiempo (0.5, 1, 2, 4, y 6 horas). Se tomaron muestras sanguíneas, de sangre del cordón y de líquido amniótico al momento del parto. Se midió la concentración del antibiótico por cromatografía líquida. Los resultados mostraron que todas las muestras maternas y de cordón, a excepción de una, tuvieron niveles de cefazolin superiores a la Concentración Inhibitoria Mínima (CIM)=90 para EGB. En las muestras de líquido amniótico todas las muestras, a excepción de dos, tuvieron similares concentraciones (604).	3
Una serie de casos de 13 mujeres con indicación para cesárea electiva sin complicaciones del trabajo de parto recibieron vancomicina 1 g IV en cuatro intervalos de tiempo diferentes. Se tomaron muestras de sangre fetal y cordón para medir las concentraciones del antibiótico. Las concentraciones del antibíotico en sangre materna variaron desde 2,6 a 19,8 mcg/mL y en cordón entre 2,8 a 9,4 mcg/mL, siendo estas suficientes para la prevención de EGB (605).	3
Otra serie de casos con siete gestantes evaluó el papel de la clindamicina para profilaxis de EGB o endocarditis entre 2005 y 2007. Se obtuvieron muestras maternas y fetales sanguíneas para los análisis. Se analizaron las concentraciones de clindamicina por medio de un modelo de efectos fijos no-lineal. Los datos sugieren que las concentraciones de clindamicina resultantes no son las adecuadas para la prevención de EGB (606).	3
Un consenso de expertos indicó que el parto pretérmino es un importante	4

factor de riesgo para las infecciones por EGB y además el estatus de colonización es desconocido al momento de la admisión. Por ende, si el inicio del trabajo de parto ocurre previo a la semana 37, se debe realizar tamizaje para EGB e iniciar tratamiento profiláctico mientras se obtienen los resultados (351).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia disponible indica que si bien las GPC del CDC 2.010 y ACOG 2.011 proponen un algoritmo común que incluye profilaxis empírica en pacientes con RPM y trabajo de parto activo, algunos autores han señalado la necesidad de modificar estas recomendaciones al contexto local atendiendo la incidencia de EGB, ya que la aplicación generalizada de ampicilina o penicilina pueden promover sepsis relacionadas con enterobacterias con resistencia a estos antibióticos. El GDG junto al grupo de expertos en consenso, mantiene las recomendaciones de la guía original adaptada para la prevención de la sepsis neonatal temprana asociada al EGB.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se recomienda administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM que hayan iniciado el trabajo de parto, excepto a aquellas con cultivos negativos para EGB en las 5 semanas previas.
D	Se recomienda realizar cultivos y administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM pretérmino que no tengan resultados de tamización.
B	Se recomienda administrar penicilina G 5.000.000 IV dosis inicial, seguida de 2.5-3.000.000 unidades IV cada 4 horas hasta el parto o ampicilina 2 g IV dosis inicial, seguida por 1 g IV cada 4 horas hasta el parto, en pacientes portadoras de EGB.
C	En casos de alergia documentada a la penicilina sin reacciones severas, se recomienda cefazolin 2 g IV dosis inicial, seguida de 1 g IV cada 8 horas hasta el parto.
C	En pacientes con reacciones severas de alergia a la penicilina o cefalosporinas (historial de anafilaxis, angioedema, depresión respiratoria o urticaria severa), se recomienda clindamicina 600 mg IV cada 6 horas hasta el parto previo estudio de sensibilidad; en caso de resistencia del EGB a la clindamicina, se recomienda vancomicina 1 g IV cada 12 horas hasta el parto.

15. ¿ESTÁ RECOMENDADO EL ESQUEMA DE SULFATO DE MAGNESIO PARA NEUROPROTECCIÓN EN PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A RPM?

Los recién nacidos pretérmino tienen mayor riesgo de mortalidad en las primeras semanas después del parto y mayor riesgo de lesiones neurológicas con secuelas a largo plazo, como parálisis cerebral, ceguera, sordera o déficit neurológico. El principal mecanismo de la parálisis cerebral es la hemorragia intraventricular. Se cree que el sulfato de magnesio podría tener un papel en la prevención de dichas lesiones.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó cinco ECC con 6.145 pacientes evaluó la efectividad del uso del sulfato de magnesio en la mortalidad neonatal y complicaciones neurológicas. El uso antenatal de sulfato de magnesio no tuvo un efecto en la mortalidad perinatal (fetal, natal o postnatal) en comparación con el no uso (RR= 1,04; IC 95%= 0,92–1,17). Los resultados mostraron una reducción en el riesgo de parálisis cerebral (RR= 0,71; IC 95%= 0,55–0,91) y específicamente el riesgo de parálisis cerebral severa (RR= 0,64; IC 95%= 0,44 – 0,92) (607).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia disponible permite recomendar el uso de sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal en mujeres con amenaza o riesgo inminente de parto pretérmino, antes de las 32 semanas de gestación. Dicha evidencia se sustenta en una reducción observada del riesgo de parálisis cerebral en los dos años siguientes al nacimiento de alrededor de un 30%. El uso de dicha medicación no se asocia con un aumento en la mortalidad materna ni fetal a largo plazo y es posible que deba suspenderse el tratamiento una vez instaurado, si se presentan los efectos adversos conocidos del sulfato de magnesio (*flushing*, náuseas, vómito, cefalea y taquicardia).

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A (↑)	Se recomienda el uso de sulfato de magnesio como neuroprotección fetal en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino menor a 32 semanas de gestación.

SECCION 4. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: TOXOPLASMOSIS

PREGUNTAS PARA RESPONDER

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para la transmisión de la toxoplasmosis durante el embarazo?
2. ¿Cuáles son las recomendaciones para la prevención primaria de la infección por toxoplasma durante el embarazo?
3. ¿Cuál es el seguimiento recomendado de una mujer embarazada seronegativa? ¿Cómo debe monitorizarse?
4. ¿Cuáles son las pruebas de detección de anticuerpos contra toxoplasma que se deben solicitar en primer lugar?
5. ¿Cuáles son las pruebas confirmatorias recomendadas para toxoplasmosis?
6. ¿Se recomienda el uso de la ecografía para determinar la severidad del compromiso del feto con pruebas positivas para infección por toxoplasma?
7. ¿Cuál es el esquema de prevención secundaria (prevención de la transmisión fetal) recomendado en mujeres con diagnóstico de infección adquirida durante el embarazo?
8. ¿Cuáles son las pruebas recomendadas para establecer el diagnóstico de infección congénita en el recién nacido?
9. ¿Cuál es el medicamento recomendado para los recién nacidos con diagnóstico de infección congénita?

1. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS DURANTE EL EMBARAZO?

La toxoplasmosis es una enfermedad altamente prevenible. Los estudios sobre factores de riesgo de la infección durante el embarazo han logrado identificar variables asociadas a su adquisición. Sin embargo, la epidemiología de la toxoplasmosis varía de un país a otro. El conocimiento de factores de riesgo permitirá sugerir recomendaciones para la prevención y para los programas de educación.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Factores de riesgo sociodemográficos

Edad: Existe evidencia que la prevalencia de la toxoplasmosis se incrementa con la edad. En Colombia, el Estudio Nacional de Salud de 1.980 encontró que la prevalencia aumentó desde un 32% en menores de 10 años a 65% en personas de 60 años o más (17). Un estudio en Taiwán encontró una diferencia significativa en anticuerpos contra *T. gondii* entre los adultos (28,3%) y niños (18,7%), con mayor frecuencia de seropositividad (38,1%) en el grupo de edad 50-59 años y la menor frecuencia (7,7%) en el grupo de edad 1-9 años (608). El aumento de la seroprevalencia con la edad es un resultado previsible debido a la duración cada vez mayor de exposición a *T. gondii*.

Género: No se ha encontrado evidencia acerca de diferencias significativas en la prevalencia de anticuerpos contra *T. gondii* entre hombres y mujeres. Sin embargo, el aumento del riesgo de seropositividad en los hombres encontrado en un estudio de prevalencia con 134 personas es explicado por los autores por una menor atención en el momento de la limpieza y preparación de los alimentos (609).

Raza: Existe evidencia de estudios europeos que encuentran diferencias en la prevalencia de *T. gondii* entre población nativas e inmigrantes. Sin embargo, esta diferencia puede explicarse por factores geográficos y epidemiológicos de adquisición de la infección más que por factores étnicos o genéticos del hospedero (610). En un estudio desarrollado en Noruega, las mujeres extranjeras tuvieron una incidencia mayor de toxoplasmosis que las mujeres nativas (0,60% y el 22,6%, respectivamente). Por el contrario, en Francia dicha prevalencia fue mayor entre las mujeres nativas de Francia en comparación con las mujeres inmigrantes (610).

Área de residencia: La incidencia de la toxoplasmosis difiere aún dentro de un mismo país. La precipitación media anual es un factor que recientemente se ha asociado con éstas diferencias. En el Estudio Nacional de Salud en Colombia del 1.988 se encontró la

prevalencia más alta en la región de la costa Atlántica (63%), mientras que la más baja perteneció a la región central (36%) (17). Esta misma heterogeneidad fue identificada en el Primer Estudio Multicéntrico Colombiano de Toxoplasmosis Neonatal (611),el cual encontró tres diferentes niveles de prevalencia en el país: ciudades con baja prevalencia (Riohacha y Cúcuta), intermedia (Bogotá, Barranquilla y Bucaramanga) y alta prevalencia (Armenia y Florencia). Las diferencias en prevalencia se asociaron con el promedio de precipitación (intensidad de lluvias) pero no con la temperatura ni con la altura sobre el nivel del mar. Este factor no es sorprendente, ya que se conoce desde hace tiempo que el ooquiste se conserva durante largos periodos en condiciones de humedad (611). Por otra parte, las gestantes residentes en Oslo tuvieron una incidencia de infección por *T. gondii* cinco veces mayor que las gestantes que vivían fuera de Oslo, hecho que se atribuyó a la mayor proporción de mujeres extranjeras viviendo en la ciudad. Las tasas de prevalencia más elevadas (13,4%) se detectaron en los condados, donde hay un clima templado y predomina la costa y la prevalencia más baja (6,7%), se encontró en los condados donde existía un clima seco con inviernos fríos y veranos calientes (612). De igual manera, un estudio en Chile encontró un aumento progresivo de la seroprevalencia de la toxoplasmosis a mayor altura con respecto a las regiones de menor altitud del país; este fenómeno probablemente esté relacionado con las condiciones geográficas y el tipo de carne que se consume (613).

Factores de riesgo biológicos

Embarazo: En el Estudio Nacional de Salud en Colombia de 1.980 hubo una mayor seroprevalencia de *T. gondii* en la submuestra de gestantes en comparación con el resto de la población (17). La inmunidad celular juega un papel principal en la resistencia del huésped a la infección por *T. gondii*; un perfil de citoquinas Th1 es necesario para la protección y el control de la infección. La producción de progesterona durante el embarazo y el aumento de expresión en la molécula HLAG, que inhibe la inducción de células NK, son factores importantes para evitar el rechazo del feto por la madre y conducen a una reducción de las funciones inmunes celulares. Por lo tanto, en mujeres

embarazadas existe evidencia de factores inmunofisiológicos que contribuirían a aumentar la susceptibilidad de infección por *T. gondii* u otros organismos intracelulares (614).

Número de nacimientos: Existe evidencia que las mujeres con hijos tienen una mayor prevalencia de infección por *T. gondii*, incrementándose proporcionalmente con el aumento del número de gestaciones. En un estudio de factores de riesgo en Brasil, el antecedente de tener hijos obtuvo un OR de 14 (IC 95%= 2,8–68) después de controlar por la edad (615). En otro estudio en Suecia, hubo un aumento del riesgo de positivos de *T. gondii* a medida que aumentaba la paridad. Esto puede explicarse por el mismo factor de reducción en la respuesta inmune derivado del aumento de expresión de la molécula HLAG durante el embarazo (616).

Predisposición genética: Existe evidencia de una asociación entre el antígeno leucocitario humano (HLA) y la susceptibilidad a la infección por *T. gondii*. Entre los caucásicos, la frecuencia de los alelos del gen DQ3 HLADQ fue significativamente mayor en los lactantes infectados por *Toxoplasma* con hidrocefalia (78%) que los bebés infectados sin hidrocefalia (48%) o los controles normales. Aunque no hay asociación significativa entre los antígenos HLA, se observó la ausencia total del antígeno HLA-B51 en las madres de los pacientes con toxoplasmosis ocular. La tipificación HLA que se llevó a cabo en estos pacientes reveló un aumento en la frecuencia del antígeno HLA-Bw62 en pacientes con afectación ocular severa, lo que indica una posible relación entre la gravedad de la toxoplasmosis ocular y un factor inmunogenético. Recientemente se han identificado polimorfismos para el gen que codifica para una proteína transportadora de ATP, la ABCA4 subfamilia A, y mayor probabilidad de enfermedad ocular y cerebral, igualmente polimorfismos en el gen COL2A1, que codifica para colágeno tipo II (predominante en tejido ocular), mayor probabilidad de compromiso ocular en niños con infección congénita por Toxoplasma (617).

Inmunodeficiencia: Existe evidencia de la relación entre la severidad de la infección por *T. gondii* y el estado inmunológico de la persona infectada. Mientras que la toxoplasmosis en los adolescentes o adultos inmunocompetentes es generalmente asintomática, en los individuos inmunocomprometidos causa una importante morbilidad y mortalidad. La inmunosupresión causada por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o terapias para enfermedades malignas, trasplantes o trastornos linfoproliferativos, puede resultar en la reactivación de una infección toxoplásmica pre-existente latente llevando a manifestaciones con un amplio espectro clínico, sobre todo en el sistema nervioso central, donde produce lesiones intracerebrales. La toxoplasmosis es una infección oportunista común en los pacientes con VIH avanzado; las mujeres embarazadas seropositivas para VIH tenían mayores tasas de títulos positivos de *T. gondii* (21,1%) comparado con las mujeres VIH-seronegativos (13,1%). La infección por *T. gondii* puede causar complicaciones graves en mujeres embarazadas infectadas con VIH, dando lugar a defectos congénitos, aborto espontáneo, muerte fetal, retraso mental, ceguera y epilepsia, entre otros (618).

Factores de riesgo ligados al estilo de vida

Exposición a gatos: El riesgo de contraer toxoplasmosis asociado al contacto con gatos es variable de una región a otra. La transmisión de ooquistes excretados por el gato al humano depende de la edad, estado nutricional y el nivel de riesgo de contraer la infección por el gato mismo (619). Entre los gatos, la seroprevalencia es alta, variando entre 21% y 87% en América Latina (620, 621).

En Colombia, un estudio en 170 gatos de Bogotá y Armenia (Quindío) encontró una prevalencia de infección de 45%; sin embargo, hubo grandes diferencias en la seroprevalencia entre los 137 gatos en Bogotá (35%) con respecto a los 33 gatos estudiados de Armenia (84%). De 15 animales en quienes se aisló *Toxoplasma,* tres se clasificaron como de tipo I, uno de tipo II y 11 una combinación de tipo I y tipo III (14). Asimismo, un estudio sero-epidemiológico en Bangladesh encontró una diferencia significativa en la prevalencia de anticuerpos contra *T. gondii* entre los que tenían o no

gato en la casa (24% vs 11%, respectivamente, p =0,01 (622). Un estudio en Illinois, EE.UU., también reportó una asociación entre las infecciones de gatos con *T. gondii* y un mayor riesgo de infecciones en humanos por el contacto del suelo como un mecanismo probable de transmisión (609). Por el contrario, el estudio multicéntrico europeo de factores de riesgo no encontró asociación fuerte entre tener gato e infección por *T. gondii* (623). De hecho, la asociación entre los gatos y la toxoplasmosis humana es difícil de evaluar por estudios epidemiológicos porque es el suelo y no los gatos el principal reservorio. Aunque la actividad de jardinería no se asoció a la seropositividad, se encontró una seroprevalencia más baja no significativa en jardineros que siempre llevaba guantes con respecto a los que no los usaban.

Se ha desarrollado recientemente una prueba serológica que identifica anticuerpos por exposición a ooquistes, lo que permitiría ayudar a identificar si la infección se adquirió por contacto con gatos u ooquistes en el agua; si esta resulta negativa para las proteínas del ooquiste, se podría considerar que la fuente de infección fue el consumo de carne poco cocida (624).

Alimentos contaminados: La ingestión de quistes contenidos en carne infectada es una fuente importante de infección por *T. gondii* en humanos. En Colombia se ha encontrado que el riesgo para infección por toxoplasma al consumir carne cruda o a medio cocer, se tuvo un riesgo de 13,2 unidades (625). En un estudio multicéntrico europeo se reportó que consumir carne a medio cocer explica entre el 30 y el 63% de las infecciones en diferentes partes del continente europeo (623). *T. gondii* se ha detectado incluso en uno de cada 67 muestras listas de carne curada para el consumo en el Reino Unido, sugiriendo que los métodos de curación no pueden matar todos los quistes de los tejidos.

La prevalencia de quistes en los tejidos de la carne de diferentes animales varía considerablemente. La prevalencia más alta se ha reportado en el ganado ovino (23,9%) y porcino (12-15%), y la más baja en el ganado bovino (0-10%) y gallinas (0,3-8%). La carne de cerdo ha sido identificada como la más comúnmente asociada con toxoplasmosis transmitidas por alimentos. En un estudio realizado en 1.994 en 47 granjas de cerdos en Illinois, EE.UU., el 17% estaban contaminadas con ooquistes de *Toxoplasma*. Anticuerpos

contra *T. gondii* también fueron detectados en el suero de 6,9% de los caballos sacrificados para la alimentación en Norteamérica. Además se encontró una diferencia significativa en la seroprevalencia de *T. gondii* entre los consumidores de carne mal cocida y cocinada adecuadamente (19,5% y 9,6%, respectivamente).

En Colombia, en un estudio en 180 muestras de carne para consumo humano obtenidas en los tres departamento del eje cafetero, el 52,7% fueron positivas para *T. gondii*. La carne de cerdo fue la más contaminada (70%), con mayor prevalencia en Manizales (80%), seguida por la carne de res en Armenia con 80%. Por último, la carne de pollo en Pereira presentó la prevalencia más alta (70%) con respecto al pollo de las otras ciudades. No hubo muestras positivas en pollos en Manizales (626).

Beber agua no tratada: El consumo de agua de la llave o agua sin filtrar aumenta el riesgo de infección, comparado con el consumo de agua de botella o filtrada en el embarazo. El primer brote de toxoplasmosis que afectó al mayor número de personas en el mundo se reportó en 1.955 y se asoció con el suministro de agua municipal de un reservorio particular en la ciudad de Victoria, en la provincia de Columbia Británica en Canadá (624). De los 94 individuos relacionados con el brote con casos agudos que vivían en el distrito capital de la región, 83 (88%) vivían en el área servida por un sistema de distribución de agua. La tasa de incidencia de la infección aguda entre las personas que residían en el área servida por el embalse implicado, fue tres veces el de las zonas atendidas por otras fuentes (RR=3,53; IC 95%=1,88-6,63) y la infección aguda por *T. gondii* en 3.812 mujeres embarazadas, se asoció con el consumo de agua municipal y sin hervir (624). Ingerir bebidas hechas con agua sin hervir fue un factor de riesgo importante para la infección por *T. gondii* en mujeres embarazadas en Armenia, Colombia (625). Por lo tanto, el consumo de agua de la llave sin hervir es un factor de riesgo para la infección por *Toxoplasma* y el consumo de agua de botella o filtrada, reduce el riesgo (625). Como en el caso de *Giardia* o *Cryptosporidium*, la cloración no es suficiente para eliminar el *Toxoplasma* en aguas tratadas y se requiere la filtración para reducir la transmisión. Un estudio en Francia encontró que una de cada seis muestras de agua de llave contenían

ADN de toxoplasm*a* y se propuso la detección de ARNm en agua del parásito utilizando PCR- transcriptasa reversa con el fin de vigilar o monitorear las fuentes de agua potable y poder prevenir a la población sobre la contaminación con este parásito (627).

2. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA INFECCIÓN POR TOXOPLASMA DURANTE EL EMBARAZO?

Las estrategias de prevención primaria como la educación en salud, surgen como elementos de alta importancia para evitar la infección por *Toxoplasma*. Su éxito depende de la modificación de hábitos y de estilos de vida que están impregnados con fuertes componentes culturales.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un estudio de cohorte que incluyó 27.827 gestantes mostró la experiencia en una clínica de obstetricia durante los años 1.979-2.001 para la prevención de la infección por *Toxoplasma* (628). En la fase 1 (1.979-1.982), no se llevaron a cabo asesoramientos específicos, mientras que en la fase 2 (1.983-1.990) las mujeres recibieron una lista de instrucciones por escrito acerca de la prevención primaria más una explicación completa por el médico tratante. En la tercera fase (1.991-2.001), las mujeres recibieron un folleto con una explicación más profunda de la toxoplasmosis congénita y una reiteración oral de recomendaciones a mediados de la gestación en clases prenatales. Se encontró una disminución sostenida de las tasas de seroconversión en los tres periodos, desde 1,43%, 0,53% hasta 0,09%. Se calculó una reducción del 63% en la incidencia de seroconversión entre la fase 1 y 2, y del 92% entre la primera y la 3ª fase.	2-
Un estudio que incluyó varios cortes transversales sucesivos incluyó 8.267 pacientes que asistían a cuatro salas de obstetricia en Polonia (629). Durante el intervalo 1.991-1.997, los investigadores, a través de cuestionarios administrados por entrevistadores entrenados, midieron el conocimiento y el estado serológico de 4.311 mujeres entre	3

1.991-1.992. Luego se evaluó el conocimiento durante el embarazo y después del parto en 1.246 mujeres entre 1.995-1.996, así como el estado serológico, el conocimiento y el comportamiento en 2.710 mujeres en 1.997. La prevalencia de anticuerpos de *Toxoplasma* se redujo durante el período 1.991-92 a 1.997, pasando de 58,9% a 44,0%. El conocimiento considerado como "bueno" aumentó desde 24,3% a 45,3%. Entre las mujeres analizadas después del parto, el conocimiento sobre medidas de prevención pasó del 45,5% al 80,3%. Sin embargo, la falta de conocimiento no predijo un comportamiento "poco saludable" y cerca de la mitad de las mujeres que consideraron que tenían un conocimiento insuficiente practicaron conductas correctas. En cuanto a la evaluación de los medios de intervención y su uso, entre las 2.710 mujeres encuestadas en 1.997, el 60% había oído hablar de la toxoplasmosis a través de la televisión o las revistas para mujeres, en comparación con menos del 40% a través de la radio, los diarios y los proveedores de servicios de salud.

Se realizó un ECC entre 432 mujeres embarazadas de una agencia de salud urbana y rural en Ontario, Canadá (630). Dentro de algunas las clases de educación prenatal se les brindó, de forma aleatoria, un módulo de 10 minutos basado en el conocimiento de la toxoplasmosis, el efecto de la enfermedad en el feto y las estrategias de prevención. Las medidas preventivas se enfocaron en higiene de gatos, higiene alimentaria e higiene personal. En el grupo control no se hizo mención a toxoplasmosis de forma específica, a menos que se preguntara por la enfermedad. Se realizaron cuestionaros previos y posteriores a las clases con respecto a información demográfica, conocimiento y comportamientos específicos. La muestra fue determinada retrospectivamente entre las mujeres que llenaran ambos cuestionarios. De las 432 mujeres que respondieron el cuestionario previo, solo 285 (66%) respondieron el cuestionario posterior a las clases. El tiempo de respuesta varió entre cinco semanas a cinco meses. Se desarrolló una escala que puntuaba a favor de los comportamientos preventivos. Al final del estudio, las mujeres en el

2+

grupo de intervención tuvieron una mejor puntuación que aquellas en el grupo control con respecto a la higiene del gato (p<0,05). También se observó una mejoría en el comportamiento de cocinar más las carnes. La alta pérdida de pacientes y la ausencia de un desenlace basado en la infección por *Toxoplasma* limitan la utilidad de este estudio.

Un ECC no publicado incluyó 5.023 gestantes pertenecientes a un grupo de clínicas de atención prenatal en siete departamentos en el área de Lyon, Francia (631). Se evaluaron los efectos de proporcionar un folleto de 20 páginas con cuatro páginas dedicadas a la información sobre la toxoplasmosis, dirigido principalmente a los modos de transmisión y las medidas de prevención sumado a una grabación de audio que abarcaba las preguntas más frecuentes durante el embarazo, en especial las relacionadas con la toxoplasmosis. Al inicio del estudio no se encontraron diferencias significativas entre los dos brazos del estudio con respecto a niveles de conocimiento o comportamiento, ni diferencias significativas entre los dos grupos en aspectos demográficos o sociales. En los dos modelos de regresión ajustada no se encontró asociación significativa entre la asignación a los grupos y los comportamientos en el seguimiento. El consumo de carne de res cocida "siempre" frente a "menor a siempre" se asoció marginalmente con el brazo del estudio (OR = 1,21; p = 0,08). El lavado de manos "siempre" después del contacto con el suelo, la carne cruda o vegetales sin lavar tampoco mostró asociación con la intervención (OR=1,01; IC 95%= 0,8-1,2). Sin embargo, otras variables como el conocimiento de base de las conductas relativas a la toxoplasmosis (OR=1,2; IC 95%= 1,0-1,4), el tabaquismo (OR=1,3; IC 95%= 1,0-1,6) y el consumo de alcohol (OR=1,2; IC 95%= 1,0-1,5), estuvieron asociadas con cambios de comportamiento. Sólo 0,43% de las gestantes presentaron seroconversión para toxoplasmosis: 13/2.591 (cinco por mil) en el grupo experimental y 4/1.358 (tres por mil) en el grupo control (p = 0,35). 1-

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evaluación de la evidencia en el tema de efectividad de la educación en el embarazo para la prevención de la toxoplasmosis presenta debilidades dado los problemas metodológicos en los estudios encontrados. A pesar de que los estudios canadiense y francés fueron ensayos clínicos con aleatorización de las intervenciones y grupos control, existen limitaciones serias sobre las conclusiones debido a las pérdidas en el seguimiento y en el desenlace utilizado. El estudio de mayor calidad sobre estrategias de educación en Francia, no encontró cambios significativos en los comportamientos de riesgo a pesar de entregar información detallada y continua (631). Sólo un estudio permite recomendar proporcionar información en folletos que incluyan medidas sencillas y precisas.

El GDG consideró que las recomendaciones de prevención de la toxoplasmosis deben incluir tópicos como la higiene personal (lavado de manos), la higiene en el procesamiento de alimentos (limpieza de las superficies, lavado apropiado de verduras), en la preparación de las carnes y su adecuada cocción, así como el uso de agua filtrada o hervida, acorde con los factores de riesgo identificados para la infección por *Toxoplasma*. Debe subrayarse que la cloración es insuficiente para la eliminación de los ooquistes.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Dentro del control prenatal se recomienda realizar recomendaciones a las pacientes respecto a: consumo de carnes bien cocinadas, consumo de agua potable y manejo higiénico de los alimentos, lavado de manos posterior a actividades de jardinería, manipulación de animales (gatos), para prevenir la infección por toxoplasma.

3. ¿CUÁL ES EL SEGUIMIENTO RECOMENDADO DE UNA MUJER EMBARAZADA SERONEGATIVA? ¿CÓMO DEBE MONITORIZARSE?

La mujer seronegativa para *Toxoplasma* es el objetivo primario de los programas de tamización durante el embarazo. Dichas gestantes son susceptibles a la infección y son quienes deben tener un seguimiento serológico para detectar su adquisición. Existen programas en Europa que contemplan el seguimiento mensual (Francia), trimestral (Austria) o no seguimiento (Dinamarca), y es necesario establecer si estos programas son aplicables al contexto colombiano.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática de estudios de cohortes de 1.438 madres y niños diagnosticados durante programas de tamizaje prenatal y neonatal, evaluó el efecto del tratamiento sobre la transmisión vertical y las manifestaciones clínicas de toxoplasmosis antes de la edad de un año (9). Los análisis se ajustaron de acuerdo con la edad gestacional al momento de la seroconversión materna y de otras variables como la latitud geográfica, entre otras. Se encontró una reducción en la transmisión relacionada con el tiempo luego de la seroconversión: sí el tratamiento iniciaba dentro de las tres primeras semanas de seroconversión, el riesgo se estimó con un OR de 0,48 (IC 95%= 0,2 -0,80); dicha cifra disminuyó a 0,6 (IC 95%= 0,4-1,0) si se iniciaba el tratamiento entre las semanas 4 y 8, y finalmente a 0,6 (IC 95%=0,3-1,0) si se iniciaba después de 8 semanas. En cuanto al efecto sobre reducción de síntomas en el niño, en la publicación sólo se presentaron los resultados del análisis en 550 recién nacidos vivos infectados europeos, sin incluir las cohortes americanas, y no se encontraron pruebas de que el tratamiento prenatal redujera el riesgo de manifestaciones clínicas (OR = 1,11; IC 95%= 0.61-2,02). La no inclusión de las cohortes americanas se fundamentó en que en Colombia y Brasil se utilizó la tomografía para el diagnóstico de lesiones cerebrales mientras que en Europa se utilizó el ultrasonido.	2++

El análisis de los resultados no publicados del SYROCOT incluyó 691 niños, incluidas las cohortes americanas excluidas en el análisis previamente presentado (632). Se encontró una disminución del riesgo de infección congénita relacionado con el tiempo en que se inició el tratamiento: el riesgo estimado para la presentación de signos clínicos en el recién nacido con tratamiento prenatal fue de 0,4 (IC 95%=0,2-0,9) con espiramicina iniciada cuatro semanas posterior a la seroconversión; también se estimó un riesgo de 0,6 (IC 95%= 0,4-0,99) si se inició luego de las cuatro semanas de la seroconversión.	2++
Un ECC que incluyó 276 pacientes, mostró que la mayoría de las pruebas de IgM por ELISA e ISAGA obtuvieron sensibilidades superiores a 98% para detectar seroconversiones por encima de cualquier otra prueba (633).	1b

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El análisis y comparación directa de los resultados de los programas europeos de tamización no permiten concluir cuál es la mejor estrategia dada la heterogeneidad geográfica en el riesgo de infección (634). Los datos agrupados existentes en revisiones sistemáticas de cohortes observacionales de varios continentes muestran que el beneficio de tratamiento prenatal para reducir la transmisión sólo se obtiene si se trata antes de la semana 4 de seroconversión; luego de este periodo de infección, existe incertidumbre si hay beneficio con el tratamiento. Por esta razón, los seguimientos serológicos en seronegativas mayores a cuatro semanas de intervalo entre las pruebas, no permitirían detectar casos con la suficiente anticipación para obtener un efecto significativo del tratamiento. Respecto a la prueba de elección para dicho seguimiento, la prueba ELISA o ISAGA para detección de IgM anti-*Toxoplasma* permite detectar la infección luego de 15 días de adquirida y se recomienda como la prueba de elección en este caso. Es necesario señalar que debe existir un control de calidad de las pruebas para garantizar la detección de la seroconversión.

CONCLUSIONES DE EVALUACIONES ECONOMICAS (ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS PARA DETECCIÓN OPORTUNA DE INFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII EN GESTANTES)

(Para una revisión completa de las evaluaciones económicas, ver Anexo 8)

El objetivo de la evaluación fue estimar la razón de costo efectividad de realizar la tamización serológica para *Toxoplasma* en el primer control prenatal y continuar o no con seguimiento mensual o trimestral, para aumentar los diagnósticos de gestantes con infección por *Toxoplasma gondii* con tratamiento oportuno. Para efectos de la evaluación se definió que la infección por *Toxoplasma gondii* detectada y tratada en una ventana de tiempo igual o inferior a un mes después del contagio corresponde a un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Los resultados de la EE muestran que si la disponibilidad a pagar por caso identificado y tratado oportunamente es mayor a aproximadamente $419 millones de pesos, la tamización con seguimiento mensual resulta costo efectiva. Si la disponibilidad a pagar está en un rango aproximado de $164 millones y $419 millones de pesos por caso identificado y tratado oportunamente, la tamización trimestral es costo efectiva. Para disponibilidades a pagar inferiores a $164 millones aproximadamente, no tamizar es la opción costo efectiva. Adicionalmente, se encontró que la tamización sólo en el primer control prenatal es una estrategia dominada.

Las disponibilidades a pagar deberían tomar en cuenta variables no incluidas en este modelo tales como los costos para la sociedad de las secuelas de la infección por *Toxoplasma* como daño neurológico o ceguera.

Los resultados son sensibles a la incidencia de la infección y a la efectividad del tratamiento.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B (↑)	Se recomienda tamizar a las gestantes seronegativas con una periodicidad mensual con una prueba de inmunoglobulina (Ig) M para toxoplasma.

4. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA TOXOPLASMA QUE SE DEBEN SOLICITAR EN PRIMER LUGAR?

Existen numerosas pruebas para el diagnóstico de la toxoplasmosis en el embarazo; el objetivo que comparten en común es distinguir entre una infección adquirida durante la gestación o si ésta fue adquirida previo al embarazo. La detección de anticuerpos que son marcadores de infección reciente se puede llevar a cabo con pruebas basadas en principios de detección para IgM específica como inmunofluorescencia, inmunoensayo, quimioluminiscencia, Western Blot o inmunoaglutinación. A diferencia de lo que sucede en otras enfermedades, la IgM, aunque es marcadora de enfermedad aguda, puede permanecer positiva durante varios meses, dificultando la diferenciación entre infección aguda y antigua. También se pueden utilizar estrategias que permiten diferenciar una infección crónica de una aguda midiendo la avidez de la IgG, la presencia de isotipos específicos de anticuerpos como IgM, IgA, IgE o la aglutinación diferencial. Se hace entonces necesario realizar recomendaciones para la práctica que permitan seleccionar la estrategia más adecuada para la detección de infección adquirida durante el embarazo.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Identificación de toxoplasmosis crónica

Una revisión sistemática de 11 estudios de pruebas diagnósticas, encontró que la sensibilidad de los anticuerpos IgG en las mujeres embarazadas con antecedente de toxoplasmosis era extremadamente alta. De estos estudios, seis que incluyeron 3.096 pacientes contenían información que permitían identificar correctamente el diagnóstico y las características de la población. La sensibilidad de las pruebas para detección de IgG fue superior al 95%, con una especificidad superior al 94% (635). Las inmunoglobulinas (Ig) G contra *Toxoplasma* suelen aparecer a partir de la cuarta semana después de la infección y persisten toda la vida. Se observa que su utilidad para la identificación de una infección antigua puede ser mayor antes del embarazo o temprano en la gestación. Las mujeres IgG negativas se considera que

la

son susceptibles a la infección aguda.

Precisión de las pruebas utilizadas para el diagnóstico de toxoplasmosis aguda en mujeres embarazadas.

En un estudio multicéntrico (633) se incluyeron 276 sueros de pacientes (mujeres embarazadas y no embarazadas) en los que se les diagnosticó toxoplasmosis aguda de menos de tres meses de diferencia, de tres a 12 meses de diferencia y más de 12 meses de diferencia. Se evaluaron los resultados de diagnóstico en un solo suero con pruebas para inmunoglobulina IgM anti-*Toxoplasma* específica, IgA, IgG, anticuerpos IgE y diferentes combinaciones de los ensayos de anticuerpos. La prueba de referencia era una seroconversión de IgG específica o la prueba colorante de Sabin-Feldman. Se evaluaron 195 combinaciones (ensayos de IgM en la primera línea, IgM, IgA otra AC/HS o de la avidez de IgG en la segunda línea). Todos los ensayos de ELISA IgM e ISAGA, excepto uno, mostraron sensibilidades mayores a 98%. La sensibilidad de la IgA fue menor con una variación importante (50-90%). La IgE obtuvo una sensibilidad muy baja (54%). La especificidad de IgM e IgA para distinguir infección adquirida en el pasado fue de mayor de 92% a excepción de dos ensayos de ELISA de IgA. Pruebas de IgM e IgA se utilizaron para discriminar la infección aguda de la convalecencia con una especificidad de 40%. Ninguna combinación de ensayo de cualquier tipo fue capaz de discriminar las infecciones agudas de las que se produjeron tres a 12 meses antes. Se alcanzaron excelentes resultados diagnósticos mediante el uso secuencial de los ensayos de IgM altamente sensibles combinados con métodos que examinaron la avidez IgG con especificidades alrededor de 96% mientras se mantuvo la sensibilidad alrededor del 96%, teniendo en cuenta un período de infección reciente menor a 16 semanas. Los ensayos de IgA o IgE fueron menos adecuados que IgM para la infección aguda.	Ib

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Los estudios incluidos coinciden en mostrar que la prueba de elección para el diagnóstico durante el embarazo es una combinación de pruebas (realizadas bajo el principio de ELISA, quimioluminiscencia o fluorometría o ISAGA) para IgM, junto con pruebas IgG en una primera fase de diagnóstico. Unas pruebas IgG anti-*Toxoplasma* positiva e IgM anti-*Toxoplasma* negativa en el inicio de la gestación indican una infección crónica (o antigua) y descarta el riesgo de infección durante el embarazo para la mujer embarazada.

Una prueba IgG negativa con prueba IgM positiva requiere una nueva muestra para diferenciar entre seroconversión o IgM natural. Estas pacientes deben tener una segunda prueba con IgG. Una segunda prueba IgG positiva es evidencia de seroconversión reciente. Las pacientes con IgG negativa deben tener seguimiento mensual con IgG tal como se estableció para las mujeres seronegativas. No se debe repetir la prueba IgM por cuanto no se espera que este resultado cambie.

Una prueba IgG positiva con IgM positiva requiere de confirmación de fase aguda con pruebas de avidez para IgG anti-*Toxoplasma*. Esta combinación de pruebas se debe realizar antes de la semana 16, período en el cual el rendimiento de la combinación de pruebas es mayor. La prueba IgA ISAGA puede recomendarse para apoyar el diagnóstico cuando la gestante llega a realizar sus pruebas luego de la semana 16 y un resultado de avidez alta no permite descartar infecciones durante el inicio de la gestación. Una prueba de IgG contra *Toxoplasma* positiva previo al embarazo o en un embarazo anterior, precluye la posibilidad de infección durante el embarazo en la materna.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	En los casos en que no se conozca el estatus de infección, se recomienda realizar pruebas de IgG e IgM a la mujer embarazada en su primer control prenatal para determinar la presencia de la infección por toxoplasma.
A (↑)	Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM positiva se realicen prueba de avidez para confirmar la antigüedad de la infección si el embarazo es menor a 16 semanas, e IgA si mayor a 16 semanas.
B (↑)	Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM negativas sean seguidas mensualmente en los términos establecidos por esta guía.
√	Se recomienda que las mujeres con IgG negativo e IgM positivo se realicen repetición de IgG

	en dos semanas para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.
√	Se recomienda que una mujer que considere embarazarse se realice una prueba de IgG contra toxoplasma para identificar su estatus de infección previa con el parásito.

5. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS CONFIRMATORIAS RECOMENDADAS PARA TOXOPLASMOSIS?

Cuando en una gestante se encuentra en seroconversión o resultados de pruebas de infección por toxoplasma reciente (IgG avidez baja, IgM e IgA ambas positivas), se requiere conocer si la infección fetal ya está presente. Dicha transmisión varía de acuerdo con la edad gestacional al momento de la infección, siendo necesario subrayar que existen infecciones asintomáticas que no presentan alteraciones ecográficas. Hasta hace poco los expertos aconsejaban la amniocentesis para hacer cambio de tratamiento de la madre, de espiramicina a pirimetamina+sulfadiazina, sin embargo varios estudios observacionales no han podido demostrar que el tratamiento con pirimetamina+sulfadiazina sea mejor que sólo con espiramicina.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

IgM específica en la sangre fetal o líquido amniótico

Una cohorte de evaluación de pruebas diagnósticas con 134 gestantes, encontró que la prueba de IgM obtuvo una sensibilidad del 47% y una especificidad del 95% para la detección de infección fetal; las características operativas más bajas reportadas en la literatura (636).	Ib
Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas que incluyó 127 gestantes encontró que la sensibilidad de test en líquido amniótico y en sangre fetal fue de 88,2% (15/17) y 87,5% (14/16), respectivamente. Las especificidades se estimaron entre 86,3% a 100%. (636-638).	Ib
Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas que incluyó a 127 mujeres francesas (1.985-1.993) quienes adquirieron la infección durante el embarazo y recibieron diagnóstico prenatal, encontró que la sensibilidad de las pruebas en	II

líquido amniótico y en sangre fetal fue de 88,2% (15/17) y 87,5% (14/16), respectivamente. Las especificidades estuvieron entre 86,3% a 100%. Los resultados apoyan el abandono de la cordoscentesis frente al uso de la amniocentesis (638).

Aislamiento de T. gondii en la sangre fetal o líquido amniótico

Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas en 134 gestantes encontró que la sensibilidad del aislamiento de *T. gondii* mediante la inoculación en ratones en la sangre fetal oscilaba entre 31% y 73% (636). — Ib

Un estudio de pruebas diagnósticas con 280 sueros a quienes se les aisló *T. gondii* mediante la inoculación los ratones en el líquido amniótico, encontró que su sensibilidad fue de 52% (639). — Ib

PCR

Un estudio prospectivo multicéntrico de evaluación de pruebas diagnósticas en 270 casos, 75 de ellas con infección confirmada, encontró que la sensibilidad de la PCR fue de 64% (640). — Ib

En el estudio de pruebas diagnósticas que incluyó 593 casos, encontró que la sensibilidad de la PCR osciló entre 69% al 71% y la especificidad entre 96% al 99%. La sensibilidad de la PCR pareció aumentar con la edad de la seroconversión, pero no se vio influenciada por el tratamiento materno (641). — Ib

En un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas con 110 casos, se estimó que la sensibilidad de la PCR osciló entre 70% a 97%, mientras que la especificidad varió entre 93% a 100%. Al combinar el diagnóstico por PCR con aislamiento de *T. gondii* en el líquido amniótico por inoculación en ratón, la sensibilidad aumentó a 91% y 94%, y la especificidad a 97% y 99% (639). — II

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La sensibilidad de las pruebas de amplificación de ADN de *Toxoplasma* por PCR en líquido amniótico para determinar si hay infección fetal oscilan entre 67% a 80% (PCR tradicional),

junto con especificidades cercanas al 100%. La cordocentesis está excluida por ser riesgosa y de baja sensibilidad para el diagnóstico. Desde un punto de vista práctico puede ser innecesaria la realización de amniocentesis en el tercer trimestre, teniendo en cuenta las altas tasas de transmisión de la infección al feto (>66%).

El GDG no recomienda realizar la amniocentesis antes de la semana 18. Como cualquier procedimiento invasivo, la realización de una amniocentesis debe ir acompañada de una valoración del balance entre los riesgos (parto pretérmino, sangrado, etc.) y los beneficios de la amniocentesis. La decisión de la mujer debe quedar consignada en la historia clínica y se recomienda la realización del consentimiento informado.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se sugiere ofrecer como alternativa el diagnóstico de infección fetal a través de amniocentesis y realización de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en segundo trimestre de gestación. La decisión final debe ser consensuada y consignada en la historia clínica. Un resultado negativo no descarta la infección congénita.
A	No se recomienda el uso de la cordocentesis como prueba confirmatoria para infección por toxoplasmosis.
√	Se recomienda realizar controles de calidad a los centros que realizan las diferentes pruebas para diagnóstico basado en líquido amniótico para la infección por toxoplasma.

6. ¿SE RECOMIENDA EL USO DE LA ECOGRAFÍA PARA DETERMINAR LA SEVERIDAD DEL COMPROMISO DEL FETO CON PRUEBAS POSITIVAS PARA INFECCIÓN POR TOXOPLASMA?

La infección fetal por *Toxoplasma* puede o no manifestarse ecográficamente. La detección de alteraciones morfológicas sugiere la presencia de lesiones cerebrales que podrían ser compatibles con infección por *Toxoplasma* y compromiso grave del sistema nervioso central.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó siete estudios con 25.036 mujeres encontró que la calidad de la detección de anomalías fetales mediante el ultrasonido depende del sistema de órganos afectado, con mayores tasas de detección para el sistema	Ib

nervioso central y menor para las anomalías esqueléticas y cardíacas (642).	
Un estudio de pruebas diagnósticas que incluyó 162 niños con seguimiento por 15 a 71 meses, encontró que 27 de ellos tuvieron toxoplasmosis congénita confirmada sin lesiones ecográficas y reportaron un desarrollo neurológico normal en el seguimiento (643).	Ib
Un estudio de pruebas diagnósticas con 286 casos (644), encontró que los exámenes prenatales combinados (serología, amniocentesis, ecografía) permitieron diagnosticar el 77% de los casos de toxoplasmosis congénita.	II

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El seguimiento ecográfico fundamentalmente permite la detección de alteraciones del sistema nervioso central. La ausencia de alteraciones ecográficas se correlaciona con menor probabilidad de compromiso neurológico evidenciado postnatalmente. La ausencia de alteraciones ecográficas cerebrales, no descarta la presencia de compromiso a nivel ocular.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda el seguimiento de la gestante con ecografía de morfología fetal para definir la severidad y compromiso del feto en presencia de pruebas positivas para infección por toxoplasma.
√	Se recomienda que la ecografía de seguimiento para estas pacientes sea realizada por personal especializado y entrenado para la identificación del riesgo asociado a toxoplasma.

7. ¿CUÁL ES EL ESQUEMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA (PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN FETAL) RECOMENDADO EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN ADQUIRIDA DURANTE EL EMBARAZO?

El propósito de los programas de detección de infección durante el embarazo es poder detectar y tratar los casos, así como disminuir la transmisión de la infección y los daños severos en el feto y en el recién nacido. La espiramicina ha sido utilizada como tratamiento principal en los programas del gobierno de Francia durante muchos años; sin embargo su eficacia fue puesta en duda por una revisión sistemática que no permitió

concluir si existía evidencia de su beneficio. El programa EMSCOT de la Unión Europea permitió durante varios años llevar a cabo estudios colaborativos entre varios países con el fin de recopilar evidencia que permitiera definir si el tratamiento prenatal de la toxoplasmosis tenía utilidad. A pesar de que los estudios son observacionales los resultados finalmente han sido consistentes y permiten realizar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática incluyó 22 cohortes europeas (550 niños) y cuatro cohortes de otros países (141 niños) para evaluar el efecto de la espiramicina y la pirimetamina-sulfadiazina sobre el riesgo de transmisión al niño. Se encontró que el tratamiento con espiramicina (3 g/día hasta el parto) fue efectivo para la prevención de la transmisión si este se inició en las primeras tres semanas posterior a la seroconversión (OR=0,48; IC 95%=0,2-0,8); se encontró una tendencia al beneficio con tratamiento realizados entre tres y cinco semanas luego de la seroconversión (OR=0,64; IC 95%= 0,4-1,0). No se encontró un efecto benéfico si el tratamiento se administró entre cinco a ocho semanas luego de seroconversión o luego de ocho semanas de seroconversión. Se estimó un OR ajustado de 0,42 (IC 95%= 0,2-0,9) para riesgo de síntomas clínicos en el niño sí el tratamiento prenatal con espiramicina (3 g/día hasta el nacimiento) fue dado en las primeras cuatro semanas luego de seroconversión, y un OR ajustado de 0,64 (IC 95%= 0,4-0,99) sí se dió posterior a este tiempo. En las cohortes europeas este efecto protector fue menos evidente (OR= 0,68; IC 95%= 0,3-1,5 con tratamientos previos a las cinco semanas de la seroconversión y OR= 0,87; IC 95%= 0,4-1,8 posterior a cinco semanas de seroconversión). Con respecto a medicamentos o esquemas diferentes a espiramicina, en Austria se emplea un esquema de inicio de tratamiento con pirimetamina+sulfadiazina. No se encontraron diferencias entre el efecto protector por espiramicina o por pirimetamina+sulfadiazina (9).	2++

Un estudio observacional que incluyó 293 pacientes evaluó en mujeres con seroconversión o bebés con infección de toxoplasmosis congénita el tratamiento prenatal con espiramicina vs. pirimetamina vs. no tratamiento (10). El tratamiento redujo las secuelas neurológicas graves (OR=0,23; IC 95%=0,07-0,70), pero no se observaron diferencias entre espiramicina y pirimetamina-sulfadiazina (OR=0,77; IC 95%= 0,204-2,849).	2++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

En la evidencia identificada no se encontraron ensayos clínicos controlados acerca de la eficacia de las diferentes opciones terapéuticas para la transmisión al feto de la infección por toxoplasma. Sin embargo, los estudios observacionales no han demostrado que el esquema con pirimetamina/sulfadiazina sea superior al tratamiento con espiramicina. El tratamiento debe iniciarse tempranamente después del diagnóstico de toxoplasmosis aguda, idealmente antes de cuatro semanas después de la seroconversión. No se encontraron estudios que evaluaran otros antibióticos diferentes a los analizados en la revisión sistemática para tratamiento prenatal de la toxoplasmosis.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B (↑)	Se recomienda tratamiento farmacológico con espiramicina (3 g/día por el resto del embarazo) para la infección confirmada por toxoplasma en la gestante.
√	En caso de confirmación de la trasmisión fetal de toxoplasmosis (pruebas de PCR o ecografías que sugieren compromiso neurológico), se recomienda el cambio a pirimetamina más sulfadiazina más ácido folínico.

8. ¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS RECOMENDADAS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA EN EL RECIÉN NACIDO?

El recién nacido de una madre con infección en el embarazo requiere una evaluación diagnóstica que permita confirmar o descartar la infección congénita. Dado que la infección puede ser asintomática o los signos clínicos son inespecíficos, se deben utilizar pruebas serológicas que permitan diferenciar entre anticuerpos maternos o propios.

Igualmente debe revisarse el papel de las pruebas de detección de ADN del parásito en el diagnóstico del recién nacido.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Pruebas serológicas-IgM

Un estudio de pruebas diagnósticas en 105 pacientes estimó la especificidad de IgM en muestra de sangre de cordón en 78%. La prueba de IgM ISAGA tuvo las más altas estimaciones de sensibilidad, variando entre 54% a 73%. Se encontró un aumento de la sensibilidad con la secuencia IF, ELISA y luego ISAGA (645).	II
Un estudio de pruebas diagnósticas con 126 casos encontró que la sensibilidad de la prueba de IgM en la sangre del cordón umbilical al nacer osciló entre 28% con la prueba ELISA a 91% con ISAGA. Más allá del nacimiento, se reportó una menor especificidad de IgM (96%). La sensibilidad más baja se encontró en las pruebas IF, oscilando entre 10% a 27% (646) .	II
Dos estudios, uno de pruebas diagnósticas con 593 casos y otro de pruebas diagnósticas con evaluación retrospectiva en 294 gestantes, encontraron una asociación positiva entre la sensibilidad de la IgM y la edad de la madre en la seroconversión. No hubo asociación entre los resultados de la prueba y el tratamiento de la madre (641, 647).	Ib

Pruebas serológicas IgA + IgM

Una evaluación retrospectiva de pruebas diagnósticas que involucró a 294 niños de madres con seroconversión, encontró que la IgM en sangre de cordón umbilical fue positiva en 80% de los casos cuando las gestantes no fueron tratadas y en 35% cuando recibieron tratamiento (p =0,01), mientras que la IgA en cordón fue positiva en 78% y 61% casos, respectivamente (p =0,45) (639, 645, 647-649).	1b
Un estudio de pruebas diagnósticas que involucró a 14 laboratorios del programa biomédico de la comunidad europea, evaluó métodos inmunológicos para el diagnóstico postnatal de la toxoplasmosis congénita. Se analizaron 55 recién nacidos	1b

con IgG anti-*Toxoplasma* persistente y 50 bebés de control sin anti-*Toxoplasma* IgG en el primer año de vida. La prueba ISAGA tuvo una especificidad por debajo del 90%, mientras que la del ELIFA fue de 100%; la sensibilidad para estas dos pruebas fue de 64,2 y 56,7%, respectivamente. Cuando los resultados fueron combinados para IgM e IgA por métodos estandarizados y para IgG e IgM por métodos CIP, la sensibilidad aumentó, pero la especificidad se mantuvo similar que la combinación de IgA+IgM (650).

Un estudio de pruebas diagnósticas en 894 pacientes que comparó IgM e IgA, encontró que ambas pruebas fueron más especificas en sangre neonatal (IgM= 98%; IgA= 100%) que los resultados de cordón umbilical (IgM= 85%; IgA= 88%). La sensibilidad para IgM e IgA en sangre neonatal fue de 61% y 60%, respectivamente, y en sangre de cordón umbilical fue de 67% y 54%, respectivamente. La combinación de IgM e IgA produjo un aumento de la sensibilidad global de 73% y especificidad de 98% (639, 645, 647-649). 1b

Un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas que comparó Western Blot vs. serología en 175 niños, 36 infectados y 139 no infectados, estimó una sensibilidad de 85% al tercer mes de vida. Asimismo, al combinarlo con serología la sensibilidad de WB aumentó a 94% con especificidad de 100% (IC 95%= 98,7-100) (639, 645, 647-649). 1b

Western Blot

En un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas se incluyeron 48 infantes: 27 con diagnóstico confirmado de toxoplasmosis congénita y 21 con sospecha y no presentación de la infección congénita. Se evaluó la relación entre el diagnóstico con inmunoblot y otros métodos, encontrando que la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos en inmunoblot para IgG fueron de 92,6%, 89,1% y 92,4%, respectivamente (651). 1b

Un estudio de pruebas diagnósticas en pacientes de tres meses de edad, evaluó una cohorte de 165 gestantes en su relación con el tratamiento prenatal. El estudio 1b

encontró una sensibilidad con el Western Blot de 85% (652).

Un estudio de pruebas diagnósticas para tamizaje realizado en Colombia con 200 pacientes, evaluó la prueba de Western Blot para el diagnóstico de la toxoplasmosis congénita con un nuevo criterio determinado por densitometría de las bandas o inmunodensitometria, con el cual se diagnosticó 91% de los casos comparado a no utilizarlo con 72%. Dicho método permitió comparar si en el suero del niño había anticuerpos con especificidad diferente a los de la madre y así fue posible diferenciar entre anticuerpos transmitidos pasivamente por la madre y los producidos por el niño, eliminando el problema que plantea la medición de IgG (653). | II

PCR

Un estudio de pruebas diagnósticas con 94 pacientes evaluó el papel de la PCR en el tejido de la placenta en el diagnóstico de toxoplasmosis congénita, encontrando una sensibilidad del 61% y especificidad del 92% (654). Cuando el aislamiento de *T. gondii* en el tejido de la placenta fue investigado por la inoculación en ratón y el cultivo de células, para el cultivo celular, la sensibilidad fue del 30%, y la especificidad osciló entre 98% y el 100%. | 1b

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El uso de la combinación de IgM + IgA para el diagnóstico postnatal se informó en siete estudios, demostrando mejoras consistentes en la sensibilidad en todos ellos. La sensibilidad de la combinación de IgA + IgM al nacer varió de 55% al 89%. Después del nacimiento, varió de 63% al 94%. Existe buena evidencia de que la utilización de pruebas de IgM e IgA anti-*Toxoplasma* tienen una sensibilidad y especificidad adecuadas para la detección de toxoplasmosis congénita. El GDG consideró que ambas pruebas deben usarse simultáneamente. En caso de tener resultados negativos en ambas pruebas, la prueba de Western Blot puede aumentar la sensibilidad. Otra forma de identificar los pacientes con toxoplasmosis congénita es el seguimiento de los títulos de IgG. En los niños

no infectados, los títulos de IgG maternos deben desaparecer entre los seis y los 10 meses de edad.

CONCLUSIONES DE EVALUACIONES ECONOMICAS (ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS PARA DETECCIÓN DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA EN EL RECIÉN NACIDO)

(Para una revisión completa de esta evaluación económica, ver Anexo 8)

El objetivo de la evaluación fue estimar la razón de costo-efectividad incremental de tres esquemas diagnósticos en recién nacidos de madre con historia clínica de infección por Toxoplasma *gondii* durante el embarazo para detección de toxoplasmosis congénita. Las estrategias diagnósticas consideradas fueron:

a. Western Blot para *Toxoplasma gondii.*
b. IgM e IgA conjuntamente; ante resultados negativos confirmación por Western Blot para *Toxoplasma gondii.*
c. IgG, IgM e IgA conjuntamente; ante resultados negativos en el IgA y el IgM confirmación por Western Blot para *Toxoplasma gondii*; ante resultados negativos de las tres pruebas pero IgG positiva seguimiento del recién nacido mensualmente durante seis meses y luego cada tres meses hasta el año con IgG para descartar seroconversión.

Los resultados de la EE muestran que si la disponibilidad a pagar por caso correctamente identificado de toxoplasmosis congénita en la población de interés es mayor a $65.5 millones de pesos, la alternativa C es costo efectiva. Si la disponibilidad a pagar por caso correctamente identificado está dentro del rango aproximado de $6,2 millones y $65,5 millones de pesos, la alternativa B es costo efectiva. Si la disponibilidad a pagar es menor a $6.2 millones de pesos, entonces la alternativa A es costo efectiva. La disponibilidad a pagar deberá tener en cuenta los costos para la sociedad de no tamizar (secuelas de la infección como daño neurológico y ceguera), los cuales no se incluyeron en esta evaluación.

Los resultados son sensibles al costo de la prueba de Western Blot y su sensibilidad. Si el costo de la prueba de Western Blot supera los $284,000, el Western Blot pasa a ser una estrategia dominada.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A (↑)	Se recomienda el uso de IgG, IgM e IgA conjuntamente para el diagnóstico de infección congénita por toxoplasma en el recién nacido.
A	Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en el IgA y el IgM, se recomienda la confirmación por Western Blot para infección por toxoplasma.
√	Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en las tres pruebas (IgM, IgA y Western Blot), se recomienda el seguimiento del recién nacido mensualmente durante seis meses y luego cada tres meses hasta el año con IgG para descartar seroconversión.

9. ¿CUÁL ES EL MEDICAMENTO RECOMENDADO PARA LOS RECIÉN NACIDOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CONGÉNITA?

Cuando un recién nacido tiene un diagnóstico confirmado de toxoplasmosis congénita requiere un tratamiento específico el cual se recomienda suministrar durante un año. El objetivo del tratamiento en los casos sintomáticos es disminuir las secuelas oculares y neurológicas y la mortalidad. En los niños asintomáticos se busca prevenir la aparición de lesiones de retinocoroiditis o el desarrollo de hidrocefalia. De acuerdo con estudios de niños sin tratamiento (historia natural de la enfermedad) el riesgo varía de acuerdo con la zona geográfica. En series europeas y norteamericanas (8) más del 82% de los niños no tratados tenian lesión en retina en la adolescencia y de los niños con síntomas neurológicos al nacimiento, el 85% presentaba retardo en desarrollo psicomotor, 81% convulsiones, 70% dificultades motoras, 60% pérdida de la visión, 33% hidrocefalia o microcefalia y 14% pérdida auditiva a los 4 años de edad. En algunas cohortes suramericanas se observó que las lesiones oculares aparecen más rápidamente, así por ejemplo en el sur de Brasil en los primeros meses de vida el 80% de los recién nacidos ya tenían lesiones de retinocoroiditis y en 50% ellas fueron activas (655).

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un estudio multicéntrico incluyó 120 niños con toxoplasmosis congénita tratados por un año con pirimetamina+sulfadiazina (pirimetamina 2 mg/kg el primer día y luego continuaba con 1 mg/Kg día (sin exceder 15 mg/día) hasta completar un año + sulfadiazina 100 mg/Kg/día repartido en dos dosis, hasta completar un año), evaluó si había diferencia en desenlaces cognitivos, neurológicos y oculares en comparación con 120 controles históricos. Se encontró que la mayoría de los niños tratados tuvieron desempeños cognitivos normales en la evaluación al año. 72% de los niños con compromiso neurológico mayor tuvieron puntuaciones cognitivas normales y ausencia de compromiso auditivo (8).	3
En cuanto al uso del ultrasonido transfontanelar en la primera evaluación del recién nacido para identificar la presencia de calcificaciones intracerebrales, se identificó un estudio de pruebas diagnósticas que incluyó 44 pacientes, encontrando que ambos métodos tenían muy buena concordancia (Kappa mayor a 0,8) (656).	Ib

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

No existe evidencia que permita emitir recomendaciones basadas en ensayos aleatorios controlados. Diversos estudios han presentado otras combinaciones de pirimetamina+sulfadoxina aparte a la expuesta en el resumen de la evidencia (657-660), así:

- Pirimetamina + sulfadoxina tabletas (1 comprimido = 500 mg de sulfadoxina y 25 mg de pirimetamina). Se da disuelto e igualmente con base en la dosis de sulfadoxina 25 mg/kg cada 8 días. Se da una dosis de carga de 50 mg/kg según sulfadoxina el primer día y luego 25 mg/kg en dosis única semanal hasta el primer año de vida asociado a ácido folínico 7,5 mg/día (media tableta de 15 mg). Existe controversia sobre el uso de esta combinación dado el riesgo de efectos adversos y dudas sobre los niveles terapéuticos durante su administración a intervalos semanales.

- Pirimetamina 1 mg/kg/día VO más clindamicina 20 mg/kg/día IM dividido en tres dosis fase aguda y luego pasar la clindamicina VO (clindamicina suspensión 75 mg=5 mL) para mantenimiento hasta el primer año de vida.

El GDG junto con el grupo de expertos concluyó que todos los niños sintomáticos y asintomáticos deben ser tratados con un esquema de pirimetamina+sulfadiazina por un año.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

√	Se debe tratar a todos los niños con diagnóstico de infección congénita por toxoplasma (sintomáticos o asintomáticos) con pirimetamina + sulfadiazina (1 mg/kg/día y 100mg/kg/día, respectivamente, una vez al día durante un año) más ácido folínico.
√	En caso de efectos adversos y/o limitaciones al tratamiento de primera elección, y a juicio del médico, se puede usar como alternativa clindamicina, sulfadoxina, o azitromicina en conjunto con pirimetamina más ácido folínico.

SECCIÓN 5. DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ANOMALÍAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Y DISTÓCICO.

PREGUNTAS PARA RESPONDER

1. ¿En qué consiste el parto humanizado?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto?
3. ¿Cuándo se debe admitir a la paciente para la atención institucional?
4. ¿Cuáles son los exámenes paraclínicos que deben ser solicitados al momento de la admisión de la gestante?
5. ¿Se recomienda el enema rutinario y el rasurado al momento de la admisión de la gestante?
6. ¿Cuál es la definición de trabajo de parto y la duración de los diferentes períodos del trabajo de parto (dilatación, borramiento y del expulsivo)?
7. ¿Cuál (es) método(s) de vigilancia fetal mejora(n) los resultados perinatales?
8. ¿Cuál es el impacto de la compañía del familiar durante el trabajo de parto?
9. ¿Cuál es la mejor vía para garantizar el aporte calórico durante el trabajo de parto?
10. ¿Se requiere canalizar rutinariamente una vena periférica a toda gestante en el período de dilatación, borramiento y atención del parto?
11. ¿Con qué frecuencia se deben vigilar los signos vitales maternos durante el trabajo de parto?
12. ¿Cuál es la frecuencia indicada para el examen pélvico obstétrico durante el trabajo de parto?
13. ¿Se deben emplear antisépticos cuando se hace el examen obstétrico durante el trabajo de parto?
14. ¿El partograma mejora los resultados perinatales?
15. ¿En qué casos está indicada la analgesia durante el trabajo de parto?
16. ¿Cuál es la mejor analgesia durante el período de dilatación y de borramiento o durante el período expulsivo?
17. ¿Cuáles son las recomendaciones relacionadas con el uso de la amniotomía?
18. ¿Cómo se definen y detectan las disfunciones dinámicas (hiposistolia, hipodinamia, hipersistolia, bradisistolia, taquisistolia)?
19. ¿Cuáles son las consecuencias materno-perinatales de las alteraciones de la duración del trabajo de parto?
20. ¿Cuáles son las medidas más efectivas para el manejo de las alteraciones de la

duración del primer período del trabajo de parto?
21. ¿Cuándo se debe sospechar y cómo se hace el diagnóstico de la desproporción céfalo-pélvica?
22. ¿Cuáles son los criterios para remisión a una institución de mediana o alta complejidad?
23. ¿Cuál es la posición recomendada para la gestante durante el período dilatante y el parto?
24. ¿Cuál es la frecuencia indicada para la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo?
25. ¿Cuáles son las intervenciones probadamente benéficas y cuáles no durante el expulsivo en un parto normal?
26. ¿Qué clase de suturas deben usarse para la episiorrafia y la sutura de desgarros perineales?
27. En gestantes en quienes no exista indicación para pinzamiento inmediato ¿cuál es el momento adecuado para el pinzamiento del cordón umbilical?
28. ¿Cuáles son los beneficios del contacto piel a piel de la madre y el recién nacido?
29. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el manejo del expulsivo prolongado?
30. ¿Cómo se diagnostica la distocia de hombro?
31. ¿Cuáles son las maniobras más efectivas para el manejo de la distocia de hombro?

1. ¿EN QUÉ CONSISTE EL PARTO HUMANIZADO?

De acuerdo con la conferencia de humanización y cuidado humanizado llevada a cabo en 2001, la humanización: *"es un proceso de comunicación y el cuidado entre las personas que conducen a la auto-transformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y un sentido de compasión y unidad con:*

1. *El Universo, el espíritu y la naturaleza;*
2. *Otras personas en la familia, la comunidad, del país y la sociedad global, y*
3. *Otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas."* (661)

La humanización es un proceso importante para fomentar y capacitar a las personas y grupos, con el propósito de avanzar hacia el desarrollo de una sociedad sostenible y el disfrute de una vida plena. Como el nacimiento afecta al resto de la vida, y debido a que la

humanización del parto es una necesidad, la aplicación de este aspecto particular en la atención obstétrica es un comienzo importante.

De las anteriores consideraciones y basados en los principios descritos por Page (662), se describe la humanización del parto basada en la necesidad de: 1) vencer el miedo al parto; 2) proveer atención eficaz basada en prácticas basadas en evidencia; 3) crear espacios alternativos de nacimiento; 4) transformar la atención a la gestante; 5) permitir el trabajo en equipo entre diferentes profesiones; 6) incorporar y mejorar las relaciones entre las mujeres y 7) mantener la continuidad del cuidado, reconociendo que los cambios pueden realizarse en forma gradual.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un consenso de expertos liderado por la Organización Mundial de la Salud planteó los siguientes principios para el cuidado perinatal (663):

"1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando la menor tecnología posible.

2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.

3. Ser basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.

4. Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario.

5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstétricas, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, profesionales de ciencias sociales, etc.

6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente un cuidado biológico.

7. Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.

8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.

4

9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres."

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha considerado pertinentes los principios expuestos por Page en el 2001 para la humanización del parto. El GDG subrayó la importancia de estos principios del parto humanizado, como fundamento para proveer a la gestante, a su familia y a sus hijos atención científica, cálida, respetuosa y oportuna durante un proceso vital y de gran significado para ella y su familia.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

√	Se recomienda la adopción de los principios del parto humanizado para el manejo de la paciente obstétrica en todas sus dimensiones. Este concepto está reflejado en la elaboración de todas las recomendaciones consignadas en la presente Guía de Práctica Clínica.

2. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO QUE DEBEN SER INCLUIDOS PARA DETERMINAR EL LUGAR MÁS ADECUADO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO?

La identificación de factores de riesgo y condiciones de salud facilita determinar el lugar y el nivel de atención de la gestante en trabajo de parto, permitiendo la detección temprana y la remisión oportuna de las gestantes. Esta acción debe ser permanente desde el periodo preconcepcional, durante todo el control prenatal y al inicio del trabajo de parto.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática de evaluación de pruebas diagnósticas e intervenciones que incluyó 10 estudios observacionales, evaluó los sistemas de riesgo en 29.101 embarazos consecutivos. Se encontró que los sistemas de calificación de riesgo, a pesar de tener buena sensibilidad (90%) para muerte perinatal, tienen pobre valor predictivo positivo (60%) para desenlaces adversos en el parto, particularmente cuando se usan mucho antes del término o en poblaciones diferentes a las que se desarrolló el sistema. No se encontraron estudios que incorporaran la calificación de riesgo con intervenciones apropiadas que tuviesen impacto sobre la mortalidad fetal

2++

o perinatal (215).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

No hay evidencia de alta calidad disponible que evalúe el impacto de cada uno de los factores de riesgo sobre la mortalidad materna y perinatal durante el trabajo de parto. En Colombia se dispone de información referente al riesgo de la atención del parto extrahospitalario que debe ser tenida en cuenta (664). La Guía de Práctica Clínica de NICE (665), basada en un consenso de expertos, recomienda establecer el nivel de complejidad de la atención del parto acorde con los factores de riesgo y condiciones médicas presentes al momento de admisión, con el fin de determinar el nivel de atención adecuado para cada gestante. Por las condiciones de la geografía de la República de Colombia, deben considerarse además las variaciones fisiológicas, como por ejemplo los niveles de hemoglobina acordes con la altura sobre el nivel del mar. Asimismo, el GDG consideró relevante la inclusión de factores psicosociales como ausencia de control prenatal, ausencia de apoyo económico y emocional de la familia o el compañero, embarazo de menor de 15 años o mayor de 38 años, gran multípara (4 ó más partos).

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II o superior):
	Cualquier enfermedad cardiaca confirmada.
	Cualquier trastorno hipertensivo.
	Asma bronquial no controlada.
	Fibrosis quística.
	Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como:
	Anemia: Hemoglobina menor de 11.0 g/dL al nivel del mar o en el límite inferior según el valor corregido por la altura sobre el nivel del mar.
	Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.
	Antecedentes de trastornos tromboembólicos.
	La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por debajo de 150 000.
	Enfermedad de von Willebrand.
	Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.

	Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.
	Hepatitis B / C
	Portador de / infección por el VIH.
	Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento.
	Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubéola / herpes genital/en la mujer o el bebé.
	Tuberculosis.
	Lupus eritematoso sistémico inmune.
	Esclerodermia.
	Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo.
	Hipotiroidismo no controlado.
	Hipertiroidismo.
	Diabetes.
	Pacientes con función renal anormal.
	Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista.
	Epilepsia.
	Miastenia gravis.
	Accidente cerebrovascular previo.
	Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
	Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales.
	Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit neurológico.
	Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual.
	Uso de drogas psicoactivas.
	Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.
	Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.
	Multiparidad mayor de 4 partos.
	Mujeres menores de 15 años o mayores de 38.
	Ausencia de control prenatal.
	Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia.
	Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación).
	Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg / m².
	Embarazo múltiple.
	Placenta previa.
	Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo.
	Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.
	Desprendimiento de placenta.
	Muerte intrauterina confirmada.
	Inducción del parto.
	Diabetes gestacional.
	Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).
	Hemorragia anteparto recurrente.
	Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía).
	Frecuencia cardíaca fetal anormal (FCF) / Doppler anormal.
	Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios.
	Antecedente de complicaciones como:
	Historia de bebé anterior de más de 4,0 kg.

	Muerte fetal / muerte neonatal inexplicable o en relación con dificultad intraparto.
	Muerte fetal / muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes.
	Bebé con encefalopatía neonatal.
	Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.
	Preeclampsia.
	Eclampsia.
	Ruptura uterina.
	Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión.
	Placenta retenida que haya requerido la extracción manual.
	Cesárea previa.
	Distocia de hombros.
	Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado.
	Antecedente de cirugía ginecológica mayor.
	Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación.
	Presencia de miomas o fibromas uterinos.
	Antecedente de miomectomía.
	Antecedente de histerotomía.

3. ¿CUÁNDO SE DEBE ADMITIR A LA PACIENTE PARA LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL?

El momento de admisión determina la conducción y evaluación del trabajo de parto, los desenlaces maternos y perinatales, la satisfacción materna y la de los proveedores de salud.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA.

Una serie de casos de 8.818 gestantes encontró que en la admisión a maternidad de forma temprana o durante la fase latente hubo un mayor intervencionismo durante el parto, representado en uso de oxitocina, de analgesia epidural, mayor frecuencia de amnionitis e infección postparto (666). 3

Un consenso de expertos de la Guía de Práctica Clínica del País Vasco definió como criterios de admisión en maternidades hospitalarias la dinámica uterina regular, el borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm (667). 4

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es de pobre calidad. Teniendo en cuenta las condiciones locales, el GDG y el consenso de expertos consideró que en la valoración de ingreso es pertinente solicitar y

analizar los datos del carné materno, la historia clínica o la información contenida en los datos de remisión para identificar factores de riesgo que definan si la gestante debe ser hospitalizada o remitida, de acuerdo con la capacidad resolutiva o las situaciones especiales en los servicios de admisiones o de urgencias. Dado que la decisión de la admisión es crítica, el examen clínico debe ser practicado siempre por personal capacitado. Si la conclusión es que la gestante no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio (acompañante, distancia al domicilio, disponibilidad de transporte, características socio-económicas, aseguramiento, capacidad cognitiva, entre otras) y, en consecuencia, indicar ambulación y un nuevo examen en un periodo no superior a dos horas o según criterio médico. Si alguna de estas condiciones no es adecuada (o no está garantizada), la gestante se debe hospitalizar (664, 668).

Quienes no estén en trabajo de parto deben recibir información clara que incluya la identificación de los signos y síntomas de alarma e indicaciones precisas de regresar al hospital, como el inicio o incremento de actividad uterina, dolor intenso, sangrado genital en cualquier cantidad, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinnitus, cefalea intensa y los demás que se consideren pertinentes.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

√	Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.
√	Se recomienda ofrecer apoyo individualizado a aquellas mujeres que acudan para ser atendidas por presentar contracciones dolorosas y que no estén en fase activa del trabajo de parto.
√	Se recomienda valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto.
√	Se recomienda que las gestantes permanezcan en observación al menos dos horas y se realice un nuevo examen médico antes de dejar la institución.
√	Se recomienda que las gestantes que no estén en fase activa del trabajo de parto reciban información sobre signos y síntomas de alarma, así como indicaciones precisas de regresar al hospital cuando ocurran los siguientes cambios: inicio o incremento de actividad uterina, dolor intenso, sangrado genital en cualquier cantidad, amniorrea, disminución en la

	percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinnitus, cefalea intensa y los demás que se consideren pertinentes por el personal de salud.

4. ¿CUÁLES SON LOS EXÁMENES PARACLÍNICOS QUE DEBEN SER SOLICITADOS AL MOMENTO DE LA ADMISIÓN DE LA GESTANTE?

Durante el proceso de admisión se deben identificar las condiciones de salud de la madre y de su feto para detectar factores de riesgo o situaciones que afecten el bienestar del binomio durante el trabajo de parto y el periodo neonatal.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA:

Una revisión sistemática de tres ECC y 11 estudios observacionales con 11.259 pacientes, evaluó la efectividad de la monitoría fetal vs. la auscultación fetal para predecir resultados perinatales adversos. Se encontró que las mujeres a las que se les realizó cardiotocografía (CTG) al ingreso tuvieron mayor probabilidad de necesitar analgesia epidural (RR= 1,2; IC 95%= 1,1–1,4), monitorización electrónica fetal continua (RR= 1,3; IC 95%= 1,2–1,5) y muestras de sangre fetal (RR= 1,3; IC 95%= 1,1–1,5). Se concluyó que la CTG en la admisión no mostró ser beneficiosa en mujeres de bajo riesgo (669).	1++
Una revisión sistemática que incluyó un ECC con 833 mujeres se enfocó en la evaluación de pruebas en admisiones para partos diferentes a la monitoría fetal electrónica, incluyendo estimulación vibroacústica, perfil biofísico (BPP), BPP modificado, BPP rápido (combinación de índice de líquido amniótico y detección de movimientos fetales por ultrasonido provocados por un estímulo sonoro), Doppler de arterias umbilicales y medición de índice de líquido amniótico (ILA). Se encontró una incidencia de cesárea por sufrimiento fetal mayor para el grupo evaluado con ILA (RR=2,2; IC 95%= 1,08 - 3,77). Asimismo, hubo mayor riesgo de uso de refuerzo con oxitocina (RR=1,5; IC 95%=1,32-1,87) en el grupo con ILA. No hubo diferencias en el Apgar bajo (menor de 7) a los cinco minutos, (RR= 1,39; IC 95%= 0,54-3,33), ni admisión a UCI neonatal (RR=1,03; IC 95%= 0,66-1,63). La medición del ILA incrementó el riesgo de cesárea sin diferencia en los resultados	1+

neonatales (670). Una revisión sistemática incluyó un ECC que evaluó la medición de ILA vs. no medición del ILA durante la admisión de pacientes en trabajo de parto (215). El conocer el valor del ILA incrementó el riesgo de cesárea para las pacientes con ILA conocido (6,5%) vs. (ILA no conocido (3,2%); p=0,02), mayor administración de oxitocina, mayor riesgo de Apgar< 7 a los cinco minutos (2,2% y 1,6%, respectivamente) y no hubo diferencias en el riesgo de admisión a unidad de cuidado intensivo del neonato. Es importante anotar que en este estudio hubo una alta prevalencia (37,8% de los casos) de ILA <5 cm (215, 671).	1-

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia, considerada de buena calidad es consistente y no modifica la recomendación original de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal publicada por el Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, GPC adaptada para esta sección (667). En las condiciones locales el GDG consideró importante tener un control prenatal completo para mejorar el resultado materno y perinatal. Asimismo es necesario evaluar las pruebas realizadas durante el mismo para reevaluar aquellas con resultados anormales y realizar o complementar los exámenes prenatales pertinentes que hagan falta, especialmente los del tercer trimestre y las pruebas rápidas para VIH y sífilis.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	No se recomienda el uso rutinario de la monitoría fetal electrónica ni la medición del índice de líquido amniótico en la admisión de pacientes con embarazo de bajo riesgo.
√	Se recomienda evaluar las pruebas realizadas durante el control prenatal para reevaluar aquellas con resultados anormales y realizar o complementar los exámenes prenatales pertinentes que hagan falta, especialmente los del tercer trimestre y las pruebas rápidas para VIH y sífilis.

5. ¿SE RECOMIENDA EL ENEMA RUTINARIO Y EL RASURADO AL MOMENTO DE LA ADMISIÓN DE LA GESTANTE?

En Colombia aún pueden persistir prácticas clínicas rutinarias que se implementaron sin soporte en la evidencia y pueden resultar innecesarias.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática con cuatro ECC encontró que la utilización de enemas no redujo las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía y tampoco mejoró la satisfacción materna. Su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos o neonatales (672).	1+
Un ECC incluido en la revisión sistemática previamente mencionada comparó el uso vs. no uso de enemas durante el trabajo de parto. Los resultados mostraron tasas de infección similares en el puerperio (RR 0,66; IC 95%= 0,42-1,04), en los neonatos al mes (RR=1,12; IC 95%= 0,76-1,67), en infección umbilical (RR=3,16; IC 95%= 0,50-19,82), y la duración del trabajo de parto fue similar aún al estratificar por paridad. Otro estudio incluido en ésta revisión sistemática evaluó el punto de vista de las mujeres sin encontrar diferencias en la satisfacción por ellas reportada (672).	1+.
Una revisión sistemática sobre el rasurado perineal durante la admisión en trabajo de parto que incluyó tres ensayos clínicos controlados con mujeres primíparas o multíparas sin importar la vía del parto, encontró que no hubo diferencias en la morbilidad febril materna (OR=1,16; IC 95%= 0,70-1,90), infección perineal (OR=1,52; IC 95%= 0,79-2,90), ni en la dehiscencia de la herida perineal (OR=0,13; IC 95%= 0,00-6,70). La colonización bacteriana por gram negativos fue menor en el grupo no rasurado (OR=0,43; IC 95%= 0,20-0,92)(673).	1-

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia disponible y actualizada es consistente de buena calidad y mantiene la orientación de las recomendaciones realizadas en las guías de atención desarrolladas

previamente en el país (664), así como concuerdan con la recomendación contenida en la guía de publicada por el Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda no usar rutinariamente enemas durante el trabajo de parto.
√	No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.

6. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE TRABAJO DE PARTO Y LA DURACIÓN DE LOS DIFERENTES PERÍODOS DEL TRABAJO DE PARTO (DILATACIÓN, BORRAMIENTO Y DEL EXPULSIVO)?

La definición de la duración de los diferentes periodos y fases del trabajo de parto tiene por propósito la identificación precoz de las alteraciones en la evolución del mismo.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Cuatro estudios observacionales de cohortes y series de casos han encontrado que la duración del parto varía de mujer a mujer, está influenciada por el número de embarazos de la parturienta (674-676) y su progreso no tiene porqué ser lineal (677). En el trabajo de parto establecido, la mayoría de las mujeres nulíparas alcanza la segunda etapa del parto dentro de las primeras 18 horas y las multíparas en 12 horas sin intervenciones (674-676). En estos mismos estudios se encontró que las definiciones de la segunda etapa del parto incluyen el comienzo de la misma con la dilatación cervical completa y que finaliza con el nacimiento del feto. Alternativamente, también es considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación completa hasta el nacimiento (674) y diferencian una fase activa de la segunda etapa del parto de una fase temprana o pasiva de la misma (675).	3
Un estudio observacional con 2.511 mujeres sin intervenciones durante el trabajo de parto, encontró que la duración media de la segunda etapa del parto en mujeres sin anestesia epidural es de 54 minutos (límite superior: 142 minutos) en las nulíparas y de 18 minutos (límite superior: 60 minutos) en las multíparas y concluyó que la definición de anormalidad en la duración del trabajo de parto debía ser	3

revisada. (675, 676, 678).	
En la guía de práctica clínica de atención del segundo periodo del Hospital de Ottawa se consideró la duración normal de la 2ª etapa de parto hasta cuatro horas para nulíparas con anestesia epidural, hasta tres horas en nulíparas sin anestesia y multíparas con anestesia y hasta un máximo de dos horas en multíparas sin anestesia epidural (679).	2+
Un estudio observacional retrospectivo basado en registros clínicos electrónicos con 62.415 mujeres, encontró que el trabajo de parto puede tardar más de seis horas para progresar desde 4 hasta 5 cm y hasta 3,5 horas para pasar de 5 a 6 cm de dilatación. Las nulíparas y multíparas progresan a velocidades similares antes de 6 cm, luego de lo cual es mucho más rápido en multíparas. El percentil 95 de la duración del segundo periodo en nulíparas con y sin analgesia fue de 3,6 y 2,8 horas respectivamente. En multíparas fue de dos y una hora respectivamente (680).	3
Una revisión sistemática de estudios observacionales encontró que la duración media ponderada de la fase activa en nulíparas fue de 6,0 horas y la velocidad de dilatación de 1,2 cm/hora y valores medianos de 5,4 horas y 1,2 cm/h, respectivamente. La duración máxima ponderada de la fase activa fue de 13,4 horas y la velocidad mínima de dilatación de 0,6 cm/h (681).	2++
Una revisión sistemática que incluyó 21 estudios y un total de 3.706 mujeres encontró que la posición vertical acortó una hora la duración del trabajo de parto (DPM= -0,99; IC 95%= -1,60 a -0,39) y disminuyó la necesidad de anestesia epidural (RR=0,83; IC 95%= 0,72-0,96)(682).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia disponible es de calidad moderada y se compone de estudios observacionales y de bases de datos poblacionales cuya calidad es difícil de establecer, así como de una revisión sistemática de estudios observacionales con medidas de resumen ponderadas de

la duración del trabajo de parto basada en modelos matemáticos. Estas definiciones requieren una valoración de los desenlaces maternos y perinatales.

La evidencia presentada discrepa con los conceptos tradicionales contenidos en textos de obstetricia y por ende con las definiciones utilizadas en guías y normas técnicas anteriores relacionadas con la duración del trabajo de parto en la parte inicial de la fase activa y en la duración total del expulsivo, así como la subdivisión del expulsivo en dos fases: expulsivo pasivo (dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo) y expulsivo activo (cuando el feto es visible, existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa). No hay evidencia de que la población incluida sea diferente a la población objeto de esta guía. Se debe tener en cuenta que la duración del trabajo de parto y del expulsivo recomendadas tiene en consideración la utilización de analgesia y la vigilancia fetal permanente tal como se describe en las recomendaciones respectivas. El GDG y el consenso de expertos consultados, aceptó y sugirió adoptar las nuevas definiciones planteadas en las recomendaciones de la presente guía haciendo énfasis en la vigilancia estricta del bienestar fetal durante toda la duración del trabajo de parto y del expulsivo.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D (↑)	Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación. Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm. y se acompaña de dinámica regular.
C	Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La duración de la fase activa del parto normal es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal. • En las primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas. • En las multíparas el promedio de duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas.
√	La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración.
D	Se sugiere adoptar las siguientes definiciones:

(↑)	La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases: • Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo. • Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.
	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta dos horas tanto si tiene como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en multíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase activa del expulsivo en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de hasta dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase activa del expulsivo en multíparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.

7. ¿CUÁL (ES) MÉTODO(S) DE VIGILANCIA FETAL MEJORA(N) LOS RESULTADOS PERINATALES?

La introducción de métodos de vigilancia fetal de mayor complejidad que los métodos de vigilancia por clínica del bienestar fetal amerita una evaluación de su impacto sobre los desenlaces clínicos maternos y perinatales.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 12 estudios encontró que la monitoría electrónica fetal continua comparada con la auscultación intermitente reduce el índice de crisis convulsivas (RR=0,50; IC 95%= 0,31-0,80), pero no tuvo impacto en los índices de parálisis cerebral (RR= 1,74; IC 95%= 0,97-3,11). La monitoría electrónica fetal continua incrementó el número de cesáreas (RR=1,66; IC 95%= 1,30-2,13) y de partos instrumentados (683).	1++
Un ECC con 1.255 mujeres no encontró evidencia suficiente para diferenciar la efectividad de la auscultación mediante Doppler o estetoscopio de Pinard (684).	2+
Un ECC que incluyó 4.044 mujeres encontró que el empleo de monitoría fetal electrónica intermitente (MEFI) a intervalos regulares (con auscultación	1+

intermitente entre los intervalos) parece ser tan segura como la monitorización electrónica fetal continua en partos de bajo riesgo (685).	
Una serie de casos de 96 pacientes sugirió que la muestra de sangre fetal (MSF) evita algunos partos instrumentados y cesáreas. En una revisión sistemática se encontró que el procedimiento que ha mostrado más utilidad en la disminución de los falsos positivos de la monitoría electrónica fetal continua es la MSF (683, 686).	3
Una revisión sistemática que incluyó 11 estudios encontró que la estimulación digital de la calota fetal tiene un valor predictivo positivo pobre pero un alto valor predictivo negativo (LR^-= 0,06; IC 95%= 0,01-0,31) para el diagnóstico de acidemia fetal (687).	III
No hay ensayos clínicos que validen y demuestren la efectividad de aplicar un sistema de clasificación de los registros cardiotocográficos continuos en distintas categorías de riesgo (688).	II
Una revisión sistemática incluyó seis ECC que comparaban la oximetría de pulso fetal + cardiotocografía (CTG) vs. CTG sola (o cuando los valores de la oximetría de pulso fetal fueron enmascarados). Los experimentos publicados, con algunos datos no publicados, informaron sobre un total de 7.654 embarazos. El metanálisis de cinco de los seis experimentos no encontró diferencias significativas en la tasa total de cesáreas entre quienes se monitorizaron con pulsioximetría y quienes no se monitorizaron con pulsoximetría o en quienes se enmascararon los resultados de la pulsoximetría (RR=0,99; IC 95%= 0,86-1,13). Un estudio pequeño en el que se requería la muestra de sangre fetal antes de entrar en él (n=146) informó una disminución significativa de las cesáreas en el grupo de oximetría fetal en comparación con el grupo control. Las convulsiones neonatales fueron muy escasas (un caso en el grupo control de un estudio y un caso en el grupo de intervención de otro estudio). La encefalopatía hipóxico-isquémica se	1++

informó en un solo caso en el grupo enmascarado de un estudio. Ninguno de los estudios informó detalles sobre el análisis de incapacidad a largo término. Hubo una disminución significativa en las cesáreas por estado fetal no tranquilizador en el grupo de pulsioximetría + CTG en comparación con CTG en gestaciones <34 semanas que no requirieron muestra antes del estudio (RR=0,65; IC 95%= 0,46-0,90) y cuando si se requirió antes del estudio (RR=0,03; IC 95%= 0,0-0,44). Hubo una disminución significativa del parto operatorio (cesárea, fórceps o vacuum) cuando se agregó pulso-oximetría a la CTG en tres estudios que informaron este desenlace. No hubo diferencias en endometritis, hemorragia intra- o posparto, corioamnionitis, endometritis, ruptura uterina, estancia y satisfacción con el trabajo de parto o con la monitorización. No hubo diferencias significativas en Apgar bajo, hospitalización del neonato en UCI, pH en arteria umbilical < 7,1, base exceso <-12, estancia, muerte o trauma cutáneo del neonato (689).

Una revisión sistemática incluyó seis experimentos con 16.295 mujeres: cinco de ellos basados en análisis del ST (n=15.338 mujeres) y uno multinacional basado en la longitud del PR (n=957 mujeres). Las participantes fueron mujeres gestantes (y sus fetos) en trabajo de parto, con la necesidad percibida de monitoría electrónica continua de la frecuencia cardiaca fetal. Todos los estudios usaron métodos apropiados de enmascaramiento de la asignación. En comparación con la monitoría electrónica fetal continua sola, el uso adjunto del análisis de la onda ST no produjo diferencias significativas en la tasa de cesáreas (RR=0,99; IC 95%= 0,91-1,08), el número de niños con acidosis metabólica severa al nacer (definida por pH de arteria del cordón < 7,05 y déficit de base > 12 mmol/L) (RR=0,78; IC 95%= 0,44-1,37) o niños con encefalopatía neonatal (RR=0,54; IC 95%= 0,24-1,25). En promedio hubo menos muestras de cuero cabelludo tomadas durante el trabajo de parto (RR=0,61; IC 95%= 0,41-0,91) (con heterogeneidad de hallazgos), menos partos vaginales operatorios (RR=0,9; IC 95%= 0,81-0,98) y menos admisiones a unidades de cuidados especiales (RR=0,89; IC 95%= 0,81-0,99). No hubo

1++.

diferencias estadísticamente significativas en el número de neonatos con puntajes bajos de Apgar a los cinco minutos o que requirieran intubación neonatal. Hay poca evidencia de que la monitoría con análisis del intervalo PR tenga algún beneficio (690).	
Una revisión sistemática comparó el análisis del lactato en muestras de cuero cabelludo fetal vs. ninguna prueba o una prueba alternativa (pH, pulsioximetría, etc.) en pacientes que tuvieran trazados cardiotocográficos no tranquilizantes durante el trabajo de parto. Los dos estudios incluidos compararon el pH para el análisis del bienestar fetal. No hubo diferencias significativas para riesgo de encefalopatía (RR=1,0; IC 95%= 0,32-3,09) o muerte. Ningún estudio informó convulsiones. No hubo diferencias significativas en los desenlaces fetales secundarios o neonatales que incluyeron Apgar bajo a los cinco minutos (RR=1,13; IC 95%= 0,76-1,68), admisión a cuidados intensivos (RR=1,02; IC 95%= 0,83-1,25), categorías de pH umbilical bajo (RR= 0,84, IC 95%= 0,47-1,5), valores de déficit de base (diferencia media en el déficit de base: -0,7; IC 95%= -1,62 a 0,22) o acidemia metabólica (RR=0,91; IC 95%= 0,60-1,36) (691).	1++
Un ECC incluyó gestantes que ingresaron a trabajo de parto y parto (Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada), con feto único, a término, presentación cefálica, que en fase activa tenían "registro cardiotocográfico (RCTG) no tranquilizador". Se excluyeron casos con RCTG ominoso. Para el grupo 1 (n=40) la intervención fue registro intraparto de pulsoximetría (con sonda FS14) + RCTG y el grupo 2 (n=40) fue EKG fetal (con el sistema STAN 21) + RCTG y amniotomía si esta no había ocurrido. El umbral crítico de SpO2 fetal (FSO2) por debajo del cual pudo haber acidemia y resultado neonatal adverso fue 30%. Si era >30% se continuó el parto reevaluando la gravedad del RCTG; si era < 10% se finalizó el parto y si estaba entre 10 y 30% se hizo pH fetal o estimulación de la calota. No hubo diferencias en la vía de finalización del parto (espontáneo: 25% vs. 35%	1-

(p=0,23); operatorio vaginal: 27,5% vs. 25% (p=1) y cesárea: 47,5% vs. 40% (p=0.33)). Tampoco hubo diferencias en la finalización del parto en forma operatoria (vaginal o abdominal) indicado por riesgo de pérdida del bienestar fetal (32,5% vs. 37,5%; p=0,5). No hubo diferencias en Apgar, en pH arterial al nacer (7,23 ± 0,07 vs. 7,24 ± 0,06), pH venoso al nacer (7,29 ± 0,07 vs. 7,3 ± 0,06), ni el tipo de reanimación neonatal (reanimación tipo II en 10% vs. 5%) (692).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia existente es de buena calidad, consistente y no modifica la dirección de la recomendación contenida en la guía adaptada. Por lo anterior no se encuentra soporte en la evidencia para la introducción de nuevas tecnologías en sitios donde no se encuentre disponible. La auscultación fetal intermitente es fundamental por encima del examen pélvico en el seguimiento clínico del trabajo de parto y del expulsivo. Se recomienda dar mayor relevancia a la auscultación fetal intermitente y esta debe realizarse con la periodicidad y la técnica descritas en la presente guía. El consenso de expertos reunido seleccionó la clasificación del *American College of Obstetricians and Gynecologists* (668) para la interpretación de la monitoría fetal electrónica y recomendó anexar las diferentes clasificaciones utilizadas a manera de información y guía para la interpretación de la cardiotocografía o monitoría electrónica fetal.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultación intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
√	La auscultación intermitente se puede realizar tanto con ultrasonido Doppler como con estetoscopio.
A	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la monitoría electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de auscultación intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
A	No se recomienda el uso rutinario de la pulsioximetría fetal.
A	No se recomienda la utilización rutinaria del análisis del segmento ST del electrocardiograma (ECG) fetal en el parto normal.
B	En las instituciones hospitalarias donde el análisis del segmento ST del ECG fetal está disponible, se recomienda su utilización sólo en mujeres con cardiotocografía (CTG) anormal.

C	Se recomienda la estimulación digital de la calota fetal como método diagnóstico complementario ante la presencia de un registro CTG patológico.
D	Se recomienda la utilización de la clasificación del *American College of Obstetricians and Gynecologists* para la interpretación de la monitoría fetal electrónica.
√	El tiempo que se destina a exámenes pélvicos más frecuentes de lo recomendado, puede destinarse a la auscultación fetal intermitente con la frecuencia y duración recomendadas en la presente guía.

8. ¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LA COMPAÑÍA DEL FAMILIAR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

De acuerdo con los principios del parto humanizado, el parto es un evento que involucra a la mujer y su familia, por lo que se debe evaluar el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 21 ECC y 15.061 mujeres, encontró que las mujeres con apoyo continuo tuvieron mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo, menor necesidad de analgesia (RR=0,90; IC 95%= 0,84-0,97) y menor riesgo de quedar insatisfechas (RR=0,69; IC 95%= 0,59-0,79). Además se encontró que la duración del trabajo de parto fue menor (DM= 0,58 horas, IC 95%= -0,86 a -0,30), hubo menor probabilidad de cesárea (RR= 0,79; IC 95%= 0,67-0,92), de parto instrumentado (RR= 0,90; IC 95%= 0,84-0,96) y de necesidad de analgesia regional (RR=0,93; IC 95%= 0,88-0,99). En los resultados neonatales se observó menor probabilidad de Apgar menor de 7 a los cinco minutos (RR= 0,70; IC 95%= 0,50-0,96). No hubo impacto sobre otras intervenciones intraparto, complicaciones maternas o neonatales o la lactancia. El análisis de subgrupos mostró que el acompañamiento y soporte continuo es más efectivo cuando es proveído por una mujer fuera del núcleo social y no personal de salud y en donde la analgesia no está disponible rutinariamente. No pudo concluirse acerca del momento ideal para el inicio del acompañamiento (693-695).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es de buena calidad y es consistente sobre los beneficios de la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto sin deterioro de los resultados perinatales. Se deben considerar las adaptaciones locativas y culturales para facilitar el acompañamiento permanente de la gestante durante su trabajo de parto, por personal capacitado, la familia o por personal de la salud.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A (↑)	Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.
A	Se recomienda que las mujeres en fase activa de parto cuenten con atención por personal de la salud en forma permanente excepto por cortos períodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.

9. ¿CUÁL ES LA MEJOR VÍA PARA GARANTIZAR EL APORTE CALÓRICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

El trabajo de parto implica un incremento en el gasto metabólico de la mujer y tradicionalmente se ha limitado la ingesta de alimentos dentro de los ambientes quirúrgicos-hospitalarios, sin evidencia que sustente esta limitación para las gestantes en trabajo de parto.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un consenso de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) reportó que no hay evidencia para valorar el tiempo de ayuno seguro tras la ingesta de alimentos sólidos en gestantes (696).	4
Una revisión sistemática que incluyó cinco estudios y 3.130 mujeres encontró que la ingesta de sólidos durante el parto no modificó resultados obstétricos como la indicación de cesárea (RR=0,89; IC 95%= 0,63-1,25), partos vaginales instrumentados (RR=0,98; IC 95%= 0,88-1,10), o la duración del parto ni los resultados neonatales (Apgar menor de 7 a los cinco minutos: RR=1,43; IC 95%=	1+

0,77-2,68). Los estudios no tienen suficiente poder estadístico para evaluar la seguridad materna frente a eventos y complicaciones graves como el Síndrome de Mendelson (697, 698).	
Un ECC encontró que la ingesta de líquidos claros durante el parto no influye sobre la evolución del mismo, sobre el tipo de parto, la duración y empleo de oxitocina ni sobre los resultados del recién nacido. Además se consideró que mejoró el confort y la satisfacción materna y no incrementó las complicaciones maternas (697, 698).	1+
Un ECC encontró que la cetosis se podría prevenir con ingestas calóricas relativamente pequeñas suministradas mediante bebidas hidratantes isotónicas sin repercusión en los desenlaces maternos o perinatales (699).	1+
Una revisión sistemática para evaluar el uso de líquidos intravenosos u orales en el manejo de la cetosis durante el trabajo de parto, identificó seis ensayos pero todos fueron excluidos después del análisis por los autores. Los autores concluyen que se requieren más investigaciones para identificar la relación entre trabajo de parto y cetosis, sus efectos sobre el mismo, evaluar intervenciones como la administración de líquidos orales o intravenosos y las percepciones de satisfacción de las mujeres (700).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La búsqueda sistemática no reveló nueva evidencia disponible a la reportada por la GPC adaptada. El GDG considera que la evidencia existente es de moderada calidad y consistente, pero puede ir en contravía con las prácticas usuales del medio hospitalario, principalmente en lo relacionado con la ingesta de sólidos y el riesgo de bronco-aspiración por la condición fisiológica del embarazo. Debe tenerse en cuenta esta limitación para la implementación de la recomendación. El consenso de expertos consideró pertinente aclarar que los líquidos claros corresponden a bebidas hidratantes, jugos sin pulpa, té, aguas aromáticas o “agua de panela”; por lo tanto, se sugiere evitar el consumo de sopas, lácteos, gelatinas o bebidas de alto valor proteíco y calórico durante el trabajo de parto.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto en pequeñas cantidades para la prevención de la cetosis.
√	Se recomienda informar a las gestantes que falta evidencia sobre el riesgo de la ingesta de alimentos para presentar bronco-aspiración en caso de complicaciones que requieran uso de anestesia.
A	Se recomienda que las mujeres sean informadas que las bebidas isotónicas (hidratantes) son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua.

10. ¿SE REQUIERE CANALIZAR RUTINARIAMENTE UNA VENA PERIFÉRICA A TODA GESTANTE EN EL PERÍODO DE DILATACIÓN, BORRAMIENTO Y ATENCIÓN DEL PARTO?

La canalización rutinaria y administración de líquidos parenterales pueden restringir la movilidad y la satisfacción de las mujeres en trabajo de parto, incrementando la medicalización del proceso de atención. Sin embargo ante una emergencia y aún en partos de bajo riesgo, podría ser útil mantener una vía de acceso venoso para la administración de líquidos y medicamentos endovenosos durante el parto.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática para evaluar el uso de líquidos intravenosos u orales para el manejo de la cetosis durante el trabajo de parto, encontró seis ensayos pero todos fueron excluidos del análisis por deficiencias en la calidad metodológica (700).	1+
Un ECC que incluyó 80 mujeres evaluó el efecto de la hidratación endovenosa sobre la duración del trabajo de parto en mujeres sin restricción de la vía oral. Un grupo (n=37) recibió 250 mL de lactato de ringer intravenoso (IV) por hora y el otro grupo (n=43) recibió el manejo convencional de lactato de ringer según indicación médica. No hubo diferencias en los resultados primarios como la duración total del trabajo de parto (9,5 vs. 9,4 horas) o en resultados secundarios tales como la duración del primer período del trabajo de parto (7,9 vs. 8,0 horas), la duración del segundo período (1,6 vs. 1,4 horas), o la tasa de refuerzo con oxitocina (51% vs. 44%)(701).	1-

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

No se encontró evidencia sobre la utilidad de infundir líquidos endovenosos o mantener una vena canalizada rutinariamente con un catéter. El estudio de Coco comparó el uso de infusiones de altos volúmenes de líquidos parenterales vs. el manejo usual y no encontró evidencia sobre una infusión de mantenimiento vs. no infusión de líquidos parenterales. Al parecer no hay diferencias significativas en desenlaces clínicos importantes cuando se tiene una infusión de altos volúmenes intravenosos en comparación con el uso convencional de lactato de ringer. Dicho estudio no reportó desenlaces adversos asociados a la venopunción como flebitis. El GDG en conjunto con el grupo de expertos sugirió el uso de catéter heparinizado o mantener un acceso venoso permeable durante el trabajo de parto, considerando que esta medida tiene un propósito preventivo y no debe implicar el paso de volúmenes definidos de líquidos intravenosos o restringir la movilidad de la gestante. En cambio, dicho acceso podría ser necesario para la preparación pre-anestésica, la administración de analgesia o el manejo inmediato de emergencias obstétricas.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se sugiere mantener un acceso venoso permeable con un catéter venoso o heparinizado de al menos calibre 18G, durante todo el trabajo de parto y el expulsivo.
D	La canalización de un acceso venoso no implica la restricción de la ingesta de líquidos claros ni de la libre movilización de la mujer durante el trabajo de parto.
√	Se recomienda el uso de soluciones cristaloides iso-osmolares (lactato de ringer, solución de ringer y solución salina normal) al suministrar líquidos endovenosos durante el trabajo de parto.

11. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE DEBEN VIGILAR LOS SIGNOS VITALES MATERNOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

La vigilancia del estado de salud materno durante el parto tiene por objeto la identificación temprana de la aparición de factores intraparto o alteraciones súbitas de la salud materna que pongan en peligro la salud del binomio madre-hijo.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

La guía de atención de parto normal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la medición y registro de temperatura, el pulso y la presión arterial teniendo en cuenta sus implicaciones para el resultado final de nacimiento y en la conducción del trabajo de parto. Estos procedimientos de rutina no deben ser descartados y deben ser informados y explicados a la mujer y a su pareja o acompañante. La medición de la temperatura cada cuatro horas, de acuerdo con el partograma propuesto por la OMS, cobra especial importancia ya que un aumento de la temperatura puede ser un signo temprano de infección que puede conducir al inicio de un tratamiento precoz (especialmente en casos de parto prolongado o ruptura de membranas) para prevenir la sepsis y también puede ser un signo de deshidratación. La medición de la presión arterial con la misma frecuencia es un control importante para vigilar el bienestar materno. Un aumento repentino de la presión arterial puede indicar la necesidad de acelerar el parto o la transferencia de la mujer a un nivel superior de atención (702). 4

La guía NICE (665) a su vez recomienda las siguientes acciones de vigilancia del estado de salud materno: 4

- Revise cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones
- Revise cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna)
- Revise cada 4 horas la presión arterial, la temperatura y el examen vaginal.
- Compruebe regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga.
- Considere las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.

En la segunda etapa del parto:

- Revise cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones.
- Cada hora compruebe la presión arterial, el pulso y el examen vaginal.
- Cada 4 horas: compruebe la temperatura.
- Compruebe regularmente la frecuencia de vaciado de la vejiga.

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Las recomendaciones formuladas por la OMS desde 1.996 tienen sentido y pertinencia clínica y han sido recogidas en múltiples guías de práctica clínica alrededor del mundo a pesar de la falta de evidencia. El GDG las considera apropiadas y acoge estas recomendaciones sobre la vigilancia de los signos vitales maternos durante el parto.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda: • Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones. • Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna) y la frecuencia respiratoria. • Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura. • Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga. • Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.
D	Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante la segunda etapa del parto se recomienda: • Revisar cada 30 minutos la frecuencia e intensidad de las contracciones. • Comprobar cada hora la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura. • Comprobar el vaciado de la vejiga.

12. ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA INDICADA PARA EL EXAMEN PÉLVICO OBSTÉTRICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

El examen pélvico obstétrico forma parte de la vigilancia clínica de la progresión del trabajo de parto. Es importante determinar la frecuencia de este examen para la toma de decisiones.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Los estudios de cohorte basados en el estudio International denominado "*Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study*", mostraron que el riesgo de infección se incrementó con el número de los tactos vaginales (menos de 3 tactos vs. 3 o 4 tactos: OR= 2,06; IC 95 %= 1,07–3,97. Menos de 3 tactos vs. 7-8 tactos, OR=3,80; IC 95 %= 1,92-7,53) y que el número de tactos vaginales durante	2++

la primera etapa del parto tras la ruptura prematura de membranas fue el factor independiente más importante para predecir una infección materna y/o neonatal (703-706).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia existente es de moderada calidad y no se encontró nueva evidencia que modifique la dirección de la recomendación de la guía adaptada. Sin embargo, esta recomendación implica un cambio en las prácticas locales que incluyen la realización del examen pélvico cada dos horas en pacientes con membranas integras. En todas las circunstancias del trabajo de parto, debe tenerse en cuenta la indicación, el consentimiento y el criterio de la mujer como núcleo del proceso. El GDG junto con el consenso de expertos consultados acogió las recomendaciones contenidas en la guía adaptada sobre la frecuencia e indicaciones del examen vaginal y la necesidad de modificar las prácticas usuales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D (↑)	Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas.
D (↑)	Se recomienda realizar exploraciones vaginales antes de 4 horas en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos. El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente.
√	Antes de practicar un tacto vaginal, se recomienda: • Confirmar que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones. • Ser consciente que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección. • Garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer. • Explicar la razón por la que se practica y los hallazgos encontrados, con delicadeza, sobre todo si no son los esperados por la mujer.

13. ¿SE DEBEN EMPLEAR ANTISÉPTICOS CUANDO SE HACE EL EXAMEN OBSTÉTRICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

Es importante conocer la efectividad de las medidas de asepsia y antisepsia para realizar el examen pélvico obstétrico.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó tres estudios clínicos y 3.012 pacientes no encontró un efecto preventivo de la infección materna o neonatal con el uso de clorhexidina vaginal durante el parto, aunque los datos sugieren una tendencia en reducir la endometritis post-parto (RR= 0,83; IC 95%= 0,61-1,13). No hubo reportes sobre otros resultados maternos y efectos secundarios de la clorhexidina (707).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es de buena calidad, sin embargo, la revisión muestra que no están definidas las concentraciones de clorhexidina y no hubo evidencia de un efecto superior de la clorhexidina vaginal durante el parto para prevenir infecciones maternas o neonatales. La evidencia, aunque de tipo indirecto, permite generalizar la recomendación actual para los lugares en que se utilizan otros antisépticos antes del exámen pélvico obstétrico.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda utilizar agua corriente para el lavado genital antes de un examen vaginal no siendo necesario el uso de antisépticos.

14. ¿EL PARTOGRAMA MEJORA LOS RESULTADOS PERINATALES?

El partograma es una representación gráfica de la evolución del primero y segundo periodos del trabajo de parto. Este instrumento permite una visión rápida y de fácil comprensión del progreso del proceso. Existen numerosas versiones con diferencias líneas de alerta y de acción. Es importante conocer su impacto sobre los desenlaces maternos y perinatales.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un estudio multicéntrico realizado por la OMS para introducir el uso del partograma en Asia que incluyó 35.484 mujeres, encontró que el uso del partograma vs. su no uso, redujo la proporción de partos prolongados (6,4% a 3,4%), refuerzo con oxitocina (20,7% a 9,1%), tasa de sepsis posparto y las tasas de cesáreas (de 6,2% a 4,5%), mientras que incrementó el índice de partos espontáneos (708).	2++
Una revisión sistemática incluyó cinco estudios con 6.963 mujeres referentes al uso del partograma. No se encontraron diferencias entre el uso o no uso de partograma en la frecuencia de cesáreas (RR=0,64; IC 95%= 0,24-1,7), parto vaginal instrumentado (RR= 1,0; IC 95%= 0,85-1,17) ni en el puntaje de Apgar menor de 7 a los cinco minutos (RR= 0,77; IC 95%= 0,29-2,06). Cuando se compararon diferentes partogramas con líneas de acción a las dos horas vs. cuatro horas, se encontró que el grupo con línea de acción a las dos horas no tuvo diferencias significativas en el parto por cesárea (RR=1,06; IC 95%= 0,85-1,32) y se encontró mayor uso de refuerzo con oxitocina (RR=1,14; IC 95%= 1,05-1,22). Comparando el partograma de dos horas vs. tres horas, no hubo diferencias significativas en la tasa de cesáreas (RR=0,78; IC 95%= 0,51-1,18), pero menos mujeres con línea de acción a las dos horas reportaron experiencia negativa durante el parto (RR=0,49; IC 95%= 0,27-0,90). Al comparar los partogramas con línea de acción de tres horas vs. cuatro horas hubo riesgo mayor de parto por cesárea en el grupo de tres horas comparado con cuatro horas (RR=1,70; IC 95%= 1,07- 2,70), sin diferencias en otros desenlaces. Al comparar el partograma con línea de alerta vs. con línea de alerta y línea de acción, el riesgo de parto por cesárea en el grupo de solo línea de alerta fue menor (RR=0,68; IC 95%= 0,50-0,93), sin diferencias significativas en el uso de refuerzo oxitócico. No se encontraron diferencias en ningún resultado perinatal: pH menor de 7,1, Apgar menor de 7 a 5 minutos, admisión a unidad de cuidado neonatal, morbilidad severa o mortalidad perinatal (709).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Aunque la evidencia no muestra diferencias claras sobre los desenlaces maternos y perinatales entre el uso y no uso del partograma, el uso del partograma disminuye el riesgo de trabajos de parto prolongados. Así mismo, la evidencia apoya el uso de partograma con solo líneas de alerta o de líneas de acción de cuatro horas los cuales disminuyen la tasa de cesáreas. El uso de partograma con líneas de acción superiores a tres horas disminuye la satisfacción de las usuarias.

La guía adaptada publicada por el Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (667) incluyó dentro de sus anexos el partograma desarrollado por el Centro Latinoamericano Perinatología (CLAP), el cual forma parte de las prácticas rutinarias y obligatorias contenidas en las guías de nuestro país, está ampliamente difundido e incluye solo líneas de alerta, siendo consecuente con la evidencia disponible que apoya el uso de este tipo de partogramas. Por lo anterior, se amplía la recomendación clínica de la guía original, acorde con la práctica actual y la evidencia disponible. El GDG consideró apropiada esta recomendación y la utilización del partograma del CLAP para el seguimiento del trabajo del parto, el cual se incluye como un anexo en la presente Guía de Práctica Clínica.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda el partograma de líneas de alerta del Centro Latinoamericano Perinatología (CLAP). En ausencia de este, se sugiere usar partogramas con una línea de acción de 4 horas.

15. ¿EN QUÉ CASOS ESTÁ INDICADA LA ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

Es importante para los actores del parto conocer los riesgos, beneficios e implicaciones que conlleva el uso de la analgesia durante el trabajo de parto. La guía de cuidado intraparto de NICE (665) afirma: "*El deseo de analgesia y la elección del método se ven influenciados por muchos factores, entre ellos las expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor. Para muchas mujeres el dolor del parto es severo y la*

mayoría requiere algún tipo de alivio del dolor. El dolor extremo puede dar lugar a traumas psicológicos para algunas mujeres, mientras que para otras, los efectos secundarios indeseables de la analgesia pueden ser perjudiciales para la experiencia del nacimiento. Las formas eficaces de alivio del dolor no están necesariamente asociadas a una mayor satisfacción con la experiencia del parto y, a la inversa, el fracaso del método elegido puede conducir a la insatisfacción". Así mismo, el uso o disponibilidad de analgesia durante el trabajo de parto es considerado un criterio de calidad de la atención obstétrica (710).

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología junto con dos revisiones narrativas con nueve referencias, señalan las indicaciones de analgesia regional intraparto, basadas en consensos y recomendaciones de expertos. Estas corresponden a solicitud de la madre, presencia de trastornos hipertensivos del embarazo, enfermedades médicas pre-existentes, presentación fetal anormal, cesárea anterior, trabajo de parto prolongado y deterioro del bienestar fetal. Las contraindicaciones señaladas son el rechazo por parte de la gestante, coagulopatía, infección local o sistémica e hipovolemia no corregida (711-713).

4

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El GDG consideró que las consideraciones expresadas en la guía de cuidado intraparto de NICE y por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología son aplicables a las mujeres y sus familias en nuestro medio, permitiendo a la mujer empoderarse y participar en la toma de decisiones sobre la atención del parto, el cual incluye la opción de decidir sobre el uso o no de analgesia durante el parto. Los beneficios de la analgesia superan los riesgos a pesar de las implicaciones que puedan conllevar sobre el sistema de salud o el incremento de las remisiones a niveles superiores de atención.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D (↑)	Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor.
D (↑)	Contraindicaciones de la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto: •Rechazo de la madre. •Coagulopatía. •Infección local o sistémica. • Hipovolemia no corregida.

16. ¿CUÁL ES LA MEJOR ANALGESIA DURANTE EL PERÍODO DE DILATACIÓN Y DE BORRAMIENTO O DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO?

El dolor es una experiencia subjetiva modificada por factores biológicos y socioculturales, que además produce cambios en la fisiología que pueden afectar el desarrollo y desenlaces maternos y perinatales. Existen múltiples alternativas para el manejo del dolor. La mujer tiene el derecho de elegir el uso o no de analgesia durante el trabajo de parto según sus valores y apreciaciones.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Dos revisiones sistemáticas, una de las cuales incluyó 12 ensayos clínicos, reportaron que el masaje por la persona acompañante redujo el dolor y la ansiedad durante el parto y mejoró el humor de la madre; sin embargo, los autores señalaron que se requieren ensayos clínicos adicionales para evaluar la efectividad de este y otros métodos alternativos para el manejo del dolor. El tacto tranquilizador reduce la ansiedad expresada durante el parto. No hay consistencia en las preferencias de las mujeres sobre la elección de métodos como la inyección de agua estéril para el alivio del dolor lumbar en un futuro parto, ni en la necesidad de analgesia posterior (714, 715). 1+

Un ECC que incluyó 129 mujeres al inicio de la fase activa comparando la analgesia peridural vs. no analgesia, encontró que la analgesia neuroaxial proveyó un alivio efectivo del dolor en el parto y encontró que la primera etapa del parto fue más corta, en mujeres que recibieron analgesia neuroaxial que en las que no se les 1+

administró ningún tipo de analgesia (716).	
Una revisión sistemática que incluyó 11 ensayos clínicos y 3.146 mujeres analizó las siguientes intervenciones: inmersión vs. no inmersión, hipnosis, biofeedback, inyección de agua estéril intradérmica e inmersión en diferentes periodos del parto con embarazo único. En el primer periodo del parto hubo reducción significativa en la tasa de analgesia epidural, espinal o paracervical comparada con controles (RR=0,90; IC 95%= 0,82-0,99), y reducción en la duración del primer periodo (DM= -32,4 minutos; IC 95%= -58,7 a -6,13). No hubo diferencias en partos asistidos (RR=0,86; IC 95%= 0,71-1,05), cesáreas (RR=1,21; IC 95%= 0,87-1,68), refuerzo con oxitocina (RR= 0,64; IC 95%= 0,32-1,28), lesión perineal o infecciones maternas. En los desenlaces neonatales no hubo diferencias significativas en Apgar menor de 7 a los cinco minutos (RR=1,58; IC 95%= 0,63-3,93), admisión a UCI neonatal (RR= 1,06; IC 95%= 0,71-1,57), infección neonatal (RR= 2; IC 95%= 0,50-7,94). Un estudio sobre la inmersión en el segundo periodo vs. no inmersión mostró un aumento significativo de la satisfacción materna con la experiencia del parto (RR= 0,24; IC 95%= 0,07-0,70) (717).	1-
Una revisión sistemática que incluyó dos estudios y 535 mujeres gestantes nulíparas o multíparas con embarazo único, comparó la aromaterapia con placebo, no tratamiento, hipnosis, biofeedback, inyecciones de agua estéril o inmersión. Los estudios incluidos compararon entre diferentes aceites esenciales aislados en masaje, digitopresión o baño de inmersión y las pacientes tuvieron acceso a analgesia y al cuidado usual. No se encontraron diferencias en los desenlaces primarios de intensidad de dolor (RR=1,04; IC 95%= 0,48-2,28), parto vaginal asistido (RR= 0,83; IC 95%= 0,06-11,70) ni de cesárea (RR= 0,98; IC 95%= 0,49-1,94 y RR=2,54; IC 95%= 0,11-56,25). Hubo más niños admitidos a UCIN en un estudio (RR= 0,08; IC 95%= 0,00–1,42) pero este dato no fue significativo. Los estudios no encontraron diferencias en los desenlaces secundarios de analgesia farmacológica	1++

(RR=0,35; IC 95%= 0,04-3,32 y RR=2,50; IC 95%= 0,31-20,45), parto vaginal espontáneo (RR= 1,00; IC 95%= 0,94-1,06 y RR=0,93; IC 95%= 0,67-1,28) o duración del trabajo de parto o refuerzo oxitócico (RR=1,14; IC 95%= 0,90-1,45) (718).	
Un ECC junto con una revisión sistemática encontraron resultados inconsistentes sobre la utilización del Transcutaneus Electric Nerve Stimulation (TENS) como método de analgesia intraparto. La evidencia referente a la eficacia de este método para el alivio del dolor en el parto es débil (719, 720).	1+
Una revisión sistemática incluyó 17 estudios con 1.466 mujeres que recibieron TENS o cuidado de rutina, un dispositivo TENS contra placebo o intervenciones no farmacológicas. Se encontró que con TENS vs. placebo o cuidado usual las mujeres con TENS tuvieron menor probabilidad de reportar dolor severo, pero ésta diferencia no fue significativa (RR= 0,67; IC 95%= 0,32-1,40). Dos estudios con TENS aplicados a puntos de acupuntura encontraron menor probabilidad de informar dolor severo con TENS (RR=0,41; IC 95%= 0,31-0,54). No hubo evidencia de diferencias en puntaje de la escala visual análoga para dolor (DM= -1,01; IC 95%= -3,0 a 0,97). No hubo diferencia en la expresión de satisfacción con TENS (RR=1,25; IC 95%= 0,98-1,60), excepto en el único estudio que aplicó TENS a puntos de acupuntura (RR=4,10; IC 95%= 1,81-9,29). No hubo diferencia en la duración y la sensación de control en el trabajo de parto, ni en el número de mujeres que recibieron analgesia epidural (RR=0,99; IC 95%= 0,59-1,67 en TENS y RR=0,40; IC 95%= 0,08-1,97 en TENS aplicado a puntos de acupuntura). No hubo diferencia en la tasa de cesáreas (RR= 1,35; IC 95%= 0,84-2,17 para TENS y RR=1,50; IC 95%= 0,26-8,6 en TENS en puntos de acupuntura). No hay información suficiente de resultados perinatales. Con el TENS como adyuvante a analgesia epidural no hubo evidencia de reducción del dolor (721).	1++
Una revisión sistemática comparó el uso de opioides parenterales (intramuscular o intravenosa, incluyendo analgesia controlada por la paciente) incluyendo petidina	1++

o meperidina, nalbufina, butorfanol, diamorfina, buprenorfina, meptazinol, pentazocina, tramadol, alfentanil, sufentanil, remifentanil y fentanil. Se compararon opiodes vs. placebo, un opioide vs. otro usando la misma dosis, un opioide más otra droga vs. otro opioide más la misma droga agregada y por la misma vía y un opioide vs. el mismo opioide a diferente dosis. Se identificaron 54 estudios (ECC) que involucraron a 7.000 mujeres. Para muchos desenlaces solo un estudio contribuyó con datos. Globalmente la evidencia fue de pobre calidad con respecto al efecto analgésico de los opioides, satisfacción con la analgesia, efectos adversos y peligros para madres y niños. Hubo pocos resultados estadísticamente significativos. Muchos de los estudios tenían muestras pequeñas y bajo poder. En total, los resultados indicaron que los opioides parenterales ofrecen algún alivio del dolor y satisfacción moderada con la analgesia en el trabajo de parto, aunque hasta dos tercios de las mujeres con opioides reportaron dolor moderado a severo y/o pobre a moderado alivio del dolor una o dos horas después de la administración. Los opioides se asociaron con náusea, vómito y somnolencia materna, aunque diferentes opioides se asociaron con diferentes eventos adversos. No hubo evidencia clara sobre efectos adversos de los opioides sobre el recién nacido. No se tiene suficiente evidencia para analizar cuál medicamento opioide parenteral suministró el mejor alivio del dolor con los menores efectos adversos (722).

Un ECC evaluó la técnica analgésica con remifentanilo intravenoso controlada por el paciente (PCA) y reportó que esta tiene efectos adversos menores que la administración de meperidina y que brinda una mejor satisfacción para las pacientes según la escala visual análoga de dolor. La administración de remifentanil intravenoso en modo de administración controlada por el paciente supera otras técnicas analgésicas para el trabajo de parto en los casos en que está contraindicada la técnica regional. Aunque el medicamento mostró un efecto reductor del dolor y grados de satisfacción de las pacientes incluibles, presenta

1-

efectos adversos importantes para la seguridad materno-fetal. No hay estudios que definan cuál es el mejor método de administración del remifentanilo (en forma de TCI (Target Control Infusión) o PCA) (723).	
Un ECC que incluyó 52 mujeres comparó la utilización intravenosa de remifentanilo con la analgesia epidural y encontró que las mujeres manifestaron mayor dolor, una mayor sedación y más náuseas con remifentanilo que con la analgesia peridural (724).	1+
Una revisión sistemática comparó analgesia epidural (incluyendo a la analgesia espinal combinada) en fase latente temprana (definida como la suministrada en 3 cm o menos de dilatación) con analgesia epidural en fase activa tardía (administrada al menos en 4 cm de dilatación). Se identificaron seis estudios (cinco experimentos clínicos controlados y un estudio retrospectivo de cohorte) con un total de 15.399 mujeres nulíparas con edad gestacional mayor de 36 semanas y feto único en modalidad de vértice. Del estudio de cohorte, que incluía nulíparas y multíparas, solo se incluyeron en la revisión los datos relacionados con las nulíparas. No hubo diferencias significativas entre la analgesia epidural temprana y los grupos control en la tasa de cesáreas (RR=1,02; IC 95%= 0,96-1,08), parto vaginal instrumentado (RR=0,96; IC 95%= 0,89-1,05), parto espontáneo (RR=1,01; IC 95%= 0,98-1,03), o en la indicación para cesárea. Después de excluir un experimento heterogéneo, tampoco se observó una diferencia significativa en la tasa de parto vaginal instrumentado entre los dos grupos (RR= 0,94; IC 95%= 0,87-1,02) (725).	1+
Una revisión sistemática incluyó a 9.658 gestantes que solicitaron alivio del dolor durante el trabajo de parto, independientemente de la paridad y de si el trabajo de parto fue espontáneo o inducido, comparando todas las formas de administración de epidural vs. cualquier forma de alivio del dolor que no incluyera un bloqueo regional, o con no alivio del dolor. Comparada con los opioides, la analgesia	1++

epidural produjo mejor alivio del dolor (DM= -3,36, IC 95% -5,41 a -1,31), redujo la necesidad de alivio adicional del dolor (RR= 0,05; IC 95%= 0,02-0,17), redujo el riesgo de acidosis fetal (RR=0,80; IC 95%= 0,68-0,94) y redujo la administración de naloxona (RR=0,15; IC 95%= 0,10-0,23). Sin embargo, la analgesia epidural se asoció con un mayor riesgo de parto de vaginal instrumentado (RR=1,42; IC 95%= 1,28-1,57), hipotensión materna (RR=18,23; IC 95%= 5,09-65,35), bloqueo motor (RR=31,67; IC 95%= 4,33-231,51), fiebre materna (RR= 3,34; IC 95%= 2,63–4), retención urinaria (RR= 17,05; IC 95%= 4,82-60,39), prolongación de la segunda etapa del parto (DM= 13,66 minutos; IC 95%= 6,67 a 20,66), refuerzo con oxitocina (RR=1,19; IC 95%= 1,03-1,39) y un mayor riesgo de cesárea por sufrimiento fetal (RR=1,43; IC 95%=1,03-1,97). No hubo evidencia de diferencias significativas en el riesgo general de cesárea (RR=1,10; IC 95%= 0,97-1,25), lumbalgia a largo plazo (RR= 0,96; IC 95%= 0,86-1,07), Apgar menor a siete a los cinco minutos (RR=0,80; IC 95%=0,54-1,20) o en la satisfacción materna con el alivio del dolor (RR=1,31; IC 95%= 0,84-2,05). Ningún estudio informó sobre los efectos adversos raros pero potencialmente graves de la analgesia epidural (726).	
Una revisión sistemática que incluyó 2.102 recién nacidos, encontró que la analgesia neuroaxial estuvo asociada a un mejor estado ácido-base neonatal que los recién nacidos que recibieron opioides sistémicos como analgesia intraparto. Los recién nacidos tuvieron menor riesgo de necesitar la administración de naloxona (727).	1+
Una revisión sistemática no encontró diferencias en el éxito de la lactancia materna a las seis semanas entre la administración de analgesia neuroaxial y la administración de opioides parenterales (728).	1+
Una revisión sistemática que incluyó 19 ensayos clínicos y 2.658 mujeres encontró que la analgesia combinada (intradural-epidural) proveyó un comienzo más rápido de la analgesia que la epidural sola pero es una técnica más invasiva. Una vez	1+

establecida la analgesia, las dos técnicas fueron igualmente efectivas. Las mujeres estuvieron más satisfechas con la administración de la analgesia combinada y presentaron menos retención urinaria y necesidad e analgesia de rescate pero se observó una mayor incidencia de prurito en el grupo de analgesia combinada. No se observaron diferencias en relación a resultados neonatales o tipo de parto (729).	
Un ECC que involucró a 1.054 mujeres comparó los regímenes tradicionales de analgesia peridural con regímenes modernos a bajas dosis (sin bloqueo motor) y combinada (intradural-epidural). No se encontraron diferencias en relación a la severidad del dolor tras la administración de la epidural y en número de mujeres con capacidad para pujar. Entre los regímenes tradicionales y los modernos a bajas dosis se observaron diferencias tales como más mujeres con partos espontáneos, con una duración de la segunda etapa del parto ≤ 60 minutos y más mujeres con capacidad para pujar en el grupo de infusión de epidural a bajas dosis. La tasa de cesáreas fue similar. Los recién nacidos de este grupo tuvieron más posibilidades de tener una baja puntuación en el test de Apgar ≤7 al minuto, aunque no fue así a los cinco minutos ni en la admisión en unidad neonatal. Los resultados a largo plazo no mostraron diferencias entre diferentes regímenes en la satisfacción materna con la experiencia del parto, ni en dolor de espalda, dolor de cabeza o de cuello ni parestesias. Las mujeres asignadas a regímenes modernos tuvieron menores tasas de incontinencia urinaria de esfuerzo y menos problemas de control intestinal, comparando con las mujeres del grupo tradicional (730).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

En la literatura hay numerosas referencias sobre las posibles formas de alivio del dolor durante el trabajo de parto. La evidencia es consistente con la alta efectividad del uso de analgesia neuroaxial. Sin embargo, existe un incremento del riesgo de eventos adversos como fiebre, retención urinaria, hipotensión, cesárea por sufrimiento fetal, de la necesidad de refuerzo y parto instrumentado, sin impacto significativo sobre el riesgo

general de cesárea, la satisfacción materna o efectos negativos sobre los recién nacidos al ser comparada con los opioides. Se requiere evaluar los efectos adversos raros pero potencialmente graves de la analgesia neuraxial en las mujeres en trabajo de parto y los resultados neonatales a largo plazo. Se encuentra evidencia de buena calidad acerca de que no hay diferencias significativas en los desenlaces clínicos cuando la analgesia neuroaxial se suministra tempranamente (antes de 3 cm de dilatación) en comparación de administración tardía. Por otra parte, los opioides parenterales ofrecen algún alivio del dolor y satisfacción moderada como analgesia en el trabajo de parto. Se asociaron con náusea, vómito y somnolencia materna. No hubo evidencia clara sobre efectos adversos de los opioides sobre el recién nacido en términos de Apgar e ingreso a unidad de cuidado intensivo neonatal. En caso de contraindicación de analgesia neuroaxial podría utilizarse analgesia con opioides. Hay evidencia reciente sobre la efectividad del remifentanilo intra venoso para el manejo del dolor intraparto. Otras técnicas analgésicas tienen baja efectividad pero los efectos adversos son de poca importancia, por lo que pueden ser utilizadas cuando estén disponibles como permitir el uso de pelotas o balones de parto o el masaje tranquilizador. La evidencia disponible es consistente en que la inmersión en agua caliente es un método eficaz para el alivio del dolor durante la fase activa avanzada del primer periodo del parto donde esté disponible. Sin embargo, no se llegó a un consenso dentro del grupo de expertos consultados para recomendar este método para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

√	Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial y de las demás formas de alivio del dolor.
A	Se recomienda cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada.
A	Se recomienda la utilización de técnica combinada (epidural-intradural) si se precisa un establecimiento rápido de la analgesia.
A	Se recomienda informar que los opioides parenterales como método analgésico tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos.
A	Se recomienda la administración de antieméticos cuando se utilizan opiodes intravenosos o intramusculares.
A	Se recomienda monitorizar la saturación de oxígeno (SaO2) materna y administrar oxigeno suplementario a las mujeres que reciban opioides parenterales durante el trabajo de parto.

B	Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante el primer y segundo periodos del parto.
√	Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma pueden ser animadas a hacerlo para buscar posturas más cómodas.
B	Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación debieran ser apoyadas en su elección.
A	No se recomienda el método de estimulación nerviosa transcutánea (TENS) como forma de analgesia para las mujeres en trabajo de parto establecido.

17. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL USO DE LA AMNIOTOMÍA?

Se deben conocer los riesgos y beneficios de todas las intervenciones realizadas durante la atención del trabajo de parto, incluyendo el uso de la amniotomía.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Dos ECC incluidos en la guía de cuidado intraparto de NICE mostraron que no existen diferencias significativas en el tipo de parto, necesidad de uso de epidural, duración del parto o resultados neonatales entre la amniorrexis y uso de oxitocina rutinaria frente a un manejo más conservador de la primera etapa del parto (665, 731, 732).	1++
Una revisión sistemática que incluyó 14 estudios y 4.893 mujeres encontró que el uso rutinario de amniotomía no modificó la duración del período de dilatación (DM=-20,43 minutos; IC 95%= -95,93 a 55,06). Para el desenlace de cesárea, las mujeres del grupo con amniotomía presentaron una tendencia al incremento del riesgo de cesárea, pero ésta no fue significativa (RR=1,26; IC 95%= 0,98-1,62). No se modificó la satisfacción materna con la experiencia del parto (DM= 0,27; IC 95%= -0,49 a 1,04). El riesgo de una puntuación de Apgar menor de 7 a los cinco minutos fue menor en el grupo en el que no se realizó amniotomía, pero este desenlace no alcanzó significancia estadística (RR=0,55; IC 95%= 0,29-1,05). Sin embargo, para el subgrupo de mujeres nulíparas, el riesgo de una puntación Apgar menor de 7 a los cinco minutos fue significativamente menor en el grupo	1++

sin amniotomía (RR=0,42; IC 95%= 0,20-0,88). No hubo diferencias en la necesidad de alivio del dolor, (RR= 1,01; IC 95%= 0,94-,09), parto vaginal instrumentado (RR= 1,01; IC 95%=0,88-1,15), infección materna (RR=0,81; IC 95%= 0,38-1,72), ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatal (RR= 1,12; IC 95%= 0,79-1,57), o en cambios en la frecuencia cardíaca fetal durante la etapa de dilatación (RR= 1,09; IC 95%= 0,97-1,23) (733).	
Una revisión sistemática de siete ensayos y 5.390 pacientes embarazadas de bajo riesgo, evaluó el manejo activo con amniotomía e infusión de oxitocina vs. manejo rutinario. El número de cesáreas fue ligeramente menor en el grupo de manejo activo comparada con el grupo de manejo rutinario pero esta diferencia no alcanzó significancia estadística (RR 0,88; IC 95%= 0,77-1,01). Sin embargo, hubo un estudio con gran número de pacientes excluidas posterior a la aleatorización. Al excluir este estudio, la tasa de cesárea en el grupo de manejo activo fue estadísticamente inferior que en el grupo de cuidado rutinario (RR= 0,77; IC 95%= 0,63-0,94). Se encontraron más mujeres con trabajo de parto menor de 12 horas pero hubo una gran heterogeneidad en la duración del trabajo de parto y entre los estudios. No hubo diferencias en el uso de analgesia, tasas de parto vaginal asistido o complicaciones maternas o neonatales. Solo un estudio evaluó la satisfacción materna y en él, más del 75% de las mujeres estuvieron satisfechas con el cuidado proveído en ambos grupos (734).	1+
Una revisión sistemática comparó el uso temprano (antes de 4 cm de dilatación) de oxitocina y amniotomía con manejo expectante para la prevención o el tratamiento de la prolongación del primer periodo del trabajo de parto. Incluyó 12 ensayos clínicos aleatorizados que incluían 7.792 mujeres. Se encontró que el uso de oxitocina y amniotomía se asoció con una modesta reducción en el riesgo de cesárea, pero este dato no obtuvo significancia estadística (RR=0,89; IC 95%= 0,79-1,01). En los ensayos para prevenir la prolongación del primer periodo, el	1+

uso temprano combinado de amniotomía y oxitocina se asoció con una reducción del número de nacimientos por cesárea (RR= 0,88; IC 95%= 0,77-0,99), y con acortamiento de la duración del trabajo de parto (DM= 1,11 horas). El análisis de sensibilidad excluyó tres ensayos que incluían un paquete completo de manejo activo del trabajo de parto que no afectó sustancialmente el estimativo puntual del efecto (RR= 0,87; IC 95%= 0,73-1,04). No se encontraron diferencias significativas para otros indicadores de morbilidad materna o neonatal (735).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Se encuentra evidencia de calidad aceptable pero con algunos resultados contradictorios, explicables por las diferentes intervenciones utilizadas: amniotomía sola y en conjunto con la infusión de oxitocina y el momento y propósito de las intervenciones. No hay evidencia contundente sobre los beneficios de realizar rutinariamente la amniotomía o la infusión de oxitocina en el trabajo de parto de curso clínico normal. Más aún, la amniotomía rutinaria en las pacientes nulíparas incrementó el riesgo de Apgar bajo a los cinco minutos. Se debe incluir a la paciente en la decisión sobre su realización y es relevante resaltar la necesidad de monitorización electrónica fetal continua en las pacientes con refuerzo de oxitocina y presencia de membranas rotas.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda no realizar amniotomía ni perfusión de oxitocina rutinarias en los trabajos de parto que progresan de forma normal.
√	Se sugiere el uso de la amniotomía cuando se considere necesario evaluar el aspecto del líquido amniótico ante sospecha de alteración del bienestar fetal, desprendimiento de placenta o como parte del manejo del primer periodo del parto prolongado.

18. ¿CÓMO SE DEFINEN Y DETECTAN LAS DISFUNCIONES DINÁMICAS (HIPOSISTOLIA, HIPODINAMIA, HIPERSISTOLIA, BRADISISTOLIA, TAQUISISTOLIA)?

Las definiciones de hiposistolia, hipodinamia, hipersistolia, bradisistolia, taquisistolia tienen importancia para la identificación clínica temprana de las distocias dinámicas del trabajo de parto.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

El GDG adoptó las siguientes definiciones que están contenidos en el cuerpo del conocimiento de la obstetricia (736, 737):

Dinámica uterina normal: Durante el trabajo de parto ocurren contracciones con una frecuencia entre tres y cinco contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 milímetros de mercurio (mmHg). Se caracterizan por el triple gradiente descendente, el cual consiste en que las contracciones se inician en el marcapasos uterino (usualmente localizado en uno de los cuernos uterinos), son más intensas y duraderas en el fondo uterino y se dirigen en sentido descendente desde el cuerno hacia el segmento uterino. La dinámica uterina se controla clínicamente y con el uso de monitores electrónicos. Clínicamente, las partes fetales deben ser palpables y el útero es depresible entre cada contracción. Durante el pico de la contracción, al alcanzar la intensidad de 50 mmHg, esta es dolorosa, el útero no es depresible y no es posible la palpación de las partes fetales.

Los factores que pueden afectar la dinámica uterina incluyen: mal control del dolor, estrés, deshidratación o agotamiento maternos, hiperdistensión uterina (por ejemplo: polihidramnios, macrosomía fetal, embarazo múltiple, etc.), infección amniótica, uso de medicamentos que afectan la contracción uterina (oxitócicos, agonistas beta-adrenérgicos, etc.), analgesia obstétrica, abrupcio de placenta, distocia mecánica, entre otros.

Alteraciones de la dinámica uterina:

Bradisistolia (disminución de la frecuencia): de dos o menos contracciones en 10 minutos.

Taquisistolia (aumento de la frecuencia): Seis o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos.

Hiposistolia: disminución de la intensidad de las contracciones, por encima del tono basal pero con intensidad menor de 30 mmHg.

Hipersistolia: aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg. El útero no se deprime en ningún momento de la contracción.

Hipertonía: incremento del tono uterino basal por encima de 12 mmHg. No es posible palpar las partes fetales aún en ausencia de contracción y hay dolor. También se define como una contracción que dura más de 2 minutos.

Incoordinación uterina: alteración del triple gradiente descendente.

Técnica para la evaluación clínica de la contractilidad uterina (737):

Con la mano extendida sobre el abdomen materno, palpar suavemente sin estimular el cuerpo uterino, por periodos no menores de 10 minutos.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

√	Las alteraciones dinámicas del trabajo de parto pueden identificarse mediante el examen clínico con la técnica y frecuencia descritas para evaluar los signos vitales de la gestante y durante la auscultación intermitente o mediante el uso del tocodinamómetro externo durante la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal.
√	Se recomienda adoptar las siguientes definiciones para el diagnóstico de las disfunciones dinámicas del trabajo de parto: **Dinámica uterina normal:** Durante el trabajo de parto ocurren contracciones con una frecuencia entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 mmHg. Se caracterizan por el triple gradiente descendente, el cual consiste en que las contracciones se inician en el marcapasos uterino (usualmente localizado en uno de los cuernos uterinos), son más intensas y duraderas en el fondo uterino y se dirigen en sentido descendente desde el cuerno hacia el segmento uterino. La dinámica uterina se controla clínicamente y con el uso de monitores electrónicos.

	Clínicamente, las partes fetales deben ser palpables y el útero es depresible entre cada contracción. Durante el pico de la contracción, al alcanzar la intensidad de 50 mmHg, esta es dolorosa, el útero no es depresible y no es posible la palpación de las partes fetales. Alteraciones de la dinámica uterina: Bradisistolia (disminución de la frecuencia): de dos o menos contracciones en 10 minutos. Taquisistolia (aumento de la frecuencia): 6 o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos. Hiposistolia: disminución de la intensidad de las contracciones, por encima del tono basal pero con intensidad menor de 30 mmHg. Hipersistolia: aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg. El útero no se deprime en ningún momento de la contracción. Hipertonía: incremento del tono uterino basal por encima de 12 mmHg. No es posible palpar las partes fetales aún en ausencia de contracción y hay dolor. También se define como una contracción que dura más de dos minutos. Incoordinación uterina: alteración del triple gradiente descendente.
√	Se recomienda para la evaluación clínica de la contractilidad uterina la siguiente técnica: con la mano extendida sobre el abdomen materno, palpar suavemente sin estimular el cuerpo uterino, por periodos no menores de 10 minutos.

19. ¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS MATERNO-PERINATALES DE LAS ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO?

Es importante conocer las implicaciones que sobre el binomio madre-hijo pueden tener las alteraciones de la duración del trabajo de parto.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un estudio observacional descriptivo de 2.511 mujeres en trabajo de parto espontáneo sin analgesia epidural en nueve instituciones de los Estados Unidos evaluó la duración de la fase activa (desde 4 cm hasta el expulsivo) y del expulsivo. Las variables asociadas a la prolongación del trabajo de parto fueron el uso de monitoría fetal electrónica, la deambulación, y el uso de analgésicos narcóticos (en multíparas). La edad materna mayor de 30 años se asoció con una segunda etapa más larga, especialmente en nulíparas pero sin aumento en la morbilidad (678).	3
Un estudio de cohorte que incluyó 15.759 mujeres nulíparas con embarazo único a término en presentación cefálica encontró una asociación entre la prolongación del expulsivo y la necesidad de cesárea (OR= 5,65; p<0,001), laceraciones de tercer o cuarto grado, (OR= 1,33; p=0,009), parto instrumentado (OR= 2,83; p< 0,001) y	3

corioamnionitis (OR= 1,79; p< 0,001) (738).	
Un estudio retrospectivo evaluó tres grupos de pacientes según la duración del expulsivo. Se encontró que una segunda etapa mayor de 120 minutos frente a una menor de 120 minutos, así como una mayor a 240 minutos frente 121-240 minutos, se asoció con mayor número de intervenciones médicas como el uso de la episiotomía, el parto vaginal instrumentado y mayor frecuencia de trauma perineal. La morbilidad neonatal fue similar en los tres grupos evaluados (739).	3
Un estudio transversal evaluó la morbilidad materna y neonatal según la duración de la segunda etapa del parto en 1.200 mujeres con embarazos mayores a 34 semanas. Se encontró una asociación entre segunda etapa prolongada y hemorragia posparto. No se encontró un incremento del riesgo de Apgar bajo a los cinco minutos, ingreso a UCIN o pH <7,20. Los autores concluyeron que la prolongación del expulsivo no compromete al feto si se hace vigilancia fetal y que las decisiones de intervenir no deben basarse únicamente en la duración del expulsivo (740).	3
Un estudio retrospectivo que incluyó 6.041 mujeres nulíparas con embarazo a término no encontró asociación entre la prolongación de la segunda etapa del parto y la puntuación baja de Apgar a los cinco minutos, la presencia de convulsiones neonatales ni la tasa de ingresos en la UCIN (741).	2+
Un estudio de casos y controles que incluyó 165 mujeres con prolongación del segundo periodo y 1570 mujeres con expulsivo menor de dos horas no encontró diferencias en resultados maternos y neonatales adversos entre el grupo de casos y el grupo control (742).	3
Un estudio con 25.069 mujeres con parto a término evaluó la duración del segundo periodo y los desenlaces maternos y neonatales luego de la prolongación del mismo. El estudio encontró asociación significativa entre un segundo periodo prolongado y hemorragia posparto e infección puerperal. Sin embargo, no hubo evidencia de	2+

asociación con puntuación de Apgar <7 a los cinco minutos o ingreso a UCIN (743, 744).

Un estudio retrospectivo de base poblacional encontró que una segunda etapa del parto prolongada no estuvo asociada a la incontinencia urinaria de esfuerzo (OR= 1,07; IC 95%= 0,9-1,3) medida en un periodo de hasta 7-8 años tras el parto, pero el uso de fórceps incrementó el riesgo de incontinencia urinaria significativamente (OR=10,4; IC 95%= 1,2-93,4) (745). 2+

Un estudio poblacional que incluyó 1.432 mujeres encontró que existe asociación entre una segunda etapa prolongada y altos índices de cesáreas y de partos instrumentales. No hubo evidencia de asociación con resultados adversos neonatales (746). 2+

Un estudio observacional que incluyó 99 mujeres con parto a término y duración del trabajo de parto menor de tres horas, encontró asociación con abrupcio de placenta, taquisistolia y consumo de cocaína. La frecuencia de laceración perineal, hemorragia posparto o puntuación Apgar <7 a los cinco minutos fue similar en el grupo de parto acelerado y el grupo control (747). 3

Una cohorte multicéntrica prospectiva de seguimiento de 2.810 mujeres nulíparas con velocidad de dilatación cervical ≤ 2 cm por cuatro horas durante la primera etapa del parto o ausencia de descenso durante dos horas (tres horas con analgesia epidural) en la fase de descenso del expulsivo o no progreso por una hora durante la fase activa del expulsivo, encontró que la incidencia acumulada de distocia fue de 37% y el 61% de los diagnósticos fueron hechos en la segunda etapa del parto. Las mujeres con distocia tratadas con refuerzo de oxitocina comparadas con la mujeres sin distocia tuvieron más presencia de de líquido amniótico con meconio (RR=1,7; IC 95%= 1,37-2,22), más partos instrumentados (RR= 5,5; IC 95%= 4,31-7,11), más partos por cesárea (RR= 3,94; IC 95%= 2,85-5,43), mayor hemorragia posparto entre 500 y 1000 mL (RR= 1,69; IC 95%= 1,34-2,13) y más neonatos con Apgar menor de 7 2+

al minuto (RR= 2,24; IC 95%= 1,7-2,9) pero no significativo a los cinco minutos (748).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia disponible muestra que las definiciones de prolongación de la fase activa y del expulsivo, basadas en límites de tiempo más estrechos (una a dos horas) no parecen afectar los desenlaces maternos y neonatales y por lo tanto, los límites de tiempo antes establecidos sobre la duración del trabajo de parto y el expulsivo no constituyen indicación para intervenir el parto si se realiza una adecuada vigilancia y se evidencia bienestar materno y fetal.

El análisis de la evidencia también debe tener en cuenta el riesgo de sesgo de confusión en los estudios encontrados ya que los desenlaces adversos pueden estar asociados a las intervenciones realizadas para el tratamiento o corrección de un trabajo de parto prolongado (uso de oxitocina, analgesia peridural, entre otras), a las intervenciones y desenlaces relacionados con la vía del parto (parto espontáneo, instrumentado o cesárea) como a la prolongación del trabajo de parto por sí mismo.

El estudio de Kjaergaard H. y colaboradores utilizó las siguientes definiciones de distocia: distocia en fase activa = dilatación menor de 0,5 cm/hora observada en cuatro horas. Definió en el expulsivo una fase de descenso (desde dilatación completa hasta la sensación fuerte e irresistible de pujar) y como distocia de esta fase más de dos horas o más de tres horas con uso de analgesia epidural. En la fase expulsiva (deseo fuerte e irresistible de pujar durante la mayor parte de la contracción) definió la distocia como más de una hora sin progreso. Estas definiciones son concordantes con las nuevas definiciones de la duración de los diferentes periodos del parto de la presente Guía de Práctica Clínica. Esta evidencia señala que la prolongación del trabajo de parto tiene un incremento significativo del riesgo de eventos deletéreos para la madre y el feto como tinción con meconio del líquido amniótico y Apgar bajo al primer minuto pero sin diferencias significativas en el Apgar a los cinco minutos. La evidencia es consistente en que se debe

realizar una vigilancia estricta del bienestar fetal durante todo el trabajo de parto y más cuando el parto se prolonga.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda tener en cuenta que la prolongación del trabajo de parto se puede asociar con algunos desenlaces maternos y perinatales adversos.
D	Se recomienda adoptar las definiciones establecidas en la pregunta 6 sobre la duración de los diferentes periodos del trabajo de parto.
D	Se recomienda el uso de partograma para la identificación de las alteraciones de la duración del trabajo de parto.
√	La detección de las alteraciones de la duración del trabajo de parto indica la aplicación de medidas terapéuticas de acuerdo con la capacidad resolutiva del lugar de atención.
√	La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto, debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración del mismo.

20. ¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS MÁS EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL PRIMER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO?

De acuerdo con la capacidad resolutiva de las instituciones o nivel de atención, algunas medidas pueden corregir las alteraciones de la duración del primer periodo del trabajo de parto.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 14 estudios y 4.893 mujeres encontró que el uso rutinario de amniotomía, comparada con el manejo expectante, no mostró beneficios en cuanto a la duración del trabajo de parto, la tasa de cesáreas o respecto a los resultados neonatales (733).	1+
Un ECC con 61 mujeres en trabajo de parto con progresión lenta encontró que la amniotomía seguida de infusión de oxitocina a bajas dosis acortó la duración de la primera etapa del parto y mejoró el grado de satisfacción materna pero sin mejorar las tasas de partos vaginales ni otros resultados (749).	1+
Una revisión sistemática con 12 ECC y 7.792 mujeres evaluó el uso de oxitocina y amniotomía vs. el manejo expectante para el tratamiento de la prolongación del primer periodo del trabajo de parto. El análisis estratificado no mostró asociación	1++

significativa con el riesgo de cesárea (RR=1,54; IC 95%= 0,75-3.15), parto vaginal (RR=0,95; IC 95%= 0,71-1,28), parto instrumentado (RR= 0,95; IC 95%= 0,35-2,54), duración del primer periodo (DM= -0,21 horas; IC 95%= -1,68 a 1,26 horas), fiebre posparto (RR= 1,63; IC 95%= 0,41-6,47) ni Apgar menor de 7 a los cinco minutos (RR=2,73; IC 95%= 0,12-63,19). No fueron estimables el riesgo de transfusiones ni el de hemorragia (735).	
Una revisión sistemática sobre el uso temprano de oxitocina en pacientes con retardo en la velocidad de dilatación en la fase latente (por debajo de 5 cm de dilatación) incluyó nueve ECC con 1.983 mujeres. El inicio de oxitocina temprana se asoció con incremento en la probabilidad de parto vaginal espontáneo (RR= 1,09; IC 95%= 1,03- 1,17), aunque para parto por cesárea (RR= 0,87; IC 95%= 0,71-1,06) y parto vaginal instrumentado (RR= 0,84; IC 95%= 0,70-1,00) se encontró un modesto efecto protector no significativo. Hubo disminución en el uso de antibióticos (RR= 0,45; IC 95%= 0,21-0,99) con la intervención temprana. El uso temprano de oxitocina se asoció con un incremento en el riesgo de hiperestimulación uterina (RR= 2,90; IC 95%= 1,21-6,94) sin evidencia global de efectos adversos neonatales. Las mujeres en el grupo de uso temprano de oxitocina reportaron altos niveles de dolor e incomodidad en el parto (750).	1+
Una revisión sistemática incluyó cuatro estudios con 660 mujeres, en los cuales se evaluó el uso de oxitocina a dosis altas vs bajas para el tratamiento del trabajo de parto prolongado. Las dosis altas de oxitocina iniciando e incrementando la dosis (4 mU por minuto o más) se asociaron con una reducción significativa en la duración del trabajo de parto (DM= -3,50 horas; IC 95%= -6,38 a -0.62). Hubo una disminución en la tasa de cesáreas (RR= 0,53; IC 95%= 0,38-0,75) y un incremento en la tasa de partos vaginales (RR= 1,37; IC 95%= 1,15-1,64). Es insuficiente el número de estudios y la calidad fue considerada por los autores como preocupante por el bajo poder de los estudios y su alta heterogeneidad. Hubo	1-

evidencia insuficiente para otros resultados maternos y neonatales y de cómo percibieron las mujeres las dosis altas de oxitocina (751).	
Una revisión sistemática que incluyó ocho estudios con 1.338 mujeres de bajo riesgo se evaluó el uso de oxitocina versus no tratamiento o retraso en el tratamiento ante la progresión lenta del primer periodo del parto. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de cesáreas (RR= 0,84; IC 95%= 0,36-1,96) o parto instrumentado (RR= 1,04; IC 95%= 0,45-2,41) en cada una de las comparaciones. El uso temprano de oxitocina resultó en un incremento de la hiperestimulación uterina asociado con cambios en la frecuencia cardiaca fetal que necesito intervención (RR= 2,51; IC 95%= 1,04-6,05). Sin embargo, el uso temprano de oxitocina versus el uso diferido no tuvo diferencias significativas en los resultados maternos o neonatales. (Apgar menor de 7 a los cinco minutos: RR= 1,02; IC 95%= 0,46-2,28). El uso temprano de oxitocina resultó en una reducción significativa en la duración media del parto de aproximadamente dos horas pero no incrementó la tasa de partos normales (752).	1-

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es de buena calidad y consistente. El uso de dosis altas de oxitocina y su inicio temprano, produce un beneficio marginal sobre el incremento de probabilidad de parto vaginal. Sin embargo, las revisiones sistemáticas son consistentes con el incremento en el riesgo de hiperestimulación y una de ellas demostró efectos adversos sobre la frecuencia cardiaca fetal. Son necesarios estudios con mayor poder para evaluar el efecto de las intervenciones para el tratamiento de la prolongación del primer periodo del parto sobre desenlaces neonatales de relativa baja frecuencia. En estas condiciones, los riesgos superan a los beneficios obtenidos por las intervenciones evaluadas y hacen necesaria una vigilancia estricta de la salud materna y fetal.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	No se recomienda el uso de oxitocina en fase latente del trabajo de parto ni su utilización a dosis altas.
√	Cuando se sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda: • Ofrecer apoyo a la mujer, hidratación y un método apropiado y efectivo para el control del dolor. • Si las membranas están intactas se procederá a la amniotomía. • Exploración vaginal dos horas después y si el progreso de la dilatación es menos de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación. • Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se ofrecerá la estimulación con oxitocina o se remitirá a una unidad obstétrica de nivel II o superior donde haya las condiciones para ofrecer esta alternativa. • Se practicará monitorización fetal continua y se ofrecerá anestesia neuroaxial antes del uso de la oxitocina. • Se procederá a un nuevo tacto vaginal 4 horas después de iniciada la perfusión de oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después.

21. ¿CUÁNDO SE DEBE SOSPECHAR Y CÓMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO DE LA DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA?

El parto obstruido es la primera causa de morbimortalidad materna y fetal durante el trabajo de parto, por lo tanto, se ha intentado realizar el diagnóstico de la desproporción céfalo-pélvica (DCP) antes del inicio del trabajo de parto, para lo cual se han propuesto el uso de exámenes clínicos e imagenológicos para predecir este diagnóstico.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA:

Un ECC incluido en una revisión sistemática del 2009 evaluó el uso de dos métodos de pelvimetría radiológica (métodos de Thoms y Ball) vs. pelvimetría clínica para predecir DCP, necesidad de cesárea y muerte perinatal. No hubo diferencias en el riesgo de mortalidad perinatal (OR=0,51; IC 95%= 0,18-1,42) y la frecuencia de cesáreas aumentó significativamente (OR= 2,17; IC 95%= 1,63-2,88) cuando se usó pelvimetría radiológica (215).	1++
Una revisión sistemática que incluyó cuatro estudios considerados de baja calidad evaluó una política para pacientes con cesárea previa de: (1) cesárea electiva o prueba de trabajo de parto dependiendo de la pelvimetría radiológica vs. (2) prueba	1+

de trabajo de parto o cesárea a todas. Las mujeres sometidas a pelvimetría tuvieron mayor riesgo de cesárea (OR= 2,17; IC 95%= 1,63-2,88) sin impacto sobre la morbilidad perinatal. No existe suficiente evidencia para apoyar el uso de pelvimetría radiológica en mujeres cuyos fetos están en presentación cefálica (753).

Una revisión sistemática que incluyó 10 estudios sobre la predicción de distocia según la talla materna, encontró que la talla menor al percentil cinco poblacional obtuvo una sensibilidad de 0,21 (IC 95%= 0,15-0, 26), especificidad de 0,95 (IC 95%= 0, 90-0, 98) y valor predictivo positivo (VPP) de 0,18 (IC 95%= 0,14–0,22) con tasas de cesárea por DCP de 5%. Para talla menor de percentil 20, la sensibilidad fue 0,51 (IC 95%= 0,40-0,61), la especificidad de 0,81 (IC 95%= 0,80-0,82) y el VPP de 0,12 (IC 95%= 0,10-0,14) para prevalencia de cesárea por DCP del 5%. La sensibilidad y especificidad de la baja talla materna como factor de riesgo de distocia no fueron buenas. Si sólo se utiliza este criterio de riesgo una de cada cinco mujeres embarazadas (es decir, un percentil 20) tendría que ser referida a un hospital para obtener el 50% de sensibilidad, es decir, la identificación de la mitad de los casos de DCP que requieren una cesárea. Para áreas con una tasa de cesárea por DCP de 2%, el valor predictivo asociado con este percentil 20 será sólo el 5%, lo que significa que de 100 remisiones sólo en cinco se llevaría a cabo una cesárea por DCP (754). II

Una revisión sistemática evaluó la utilidad del ultrasonido, la altura uterina y la historia clínica obstétrica para predecir DCP. El ultrasonido obtuvo una sensibilidad entre 12 y 75% (VPP entre 15 y 79%) para peso neonatal mayor de 4.000 g y sensibilidad entre 22 y 69% para peso >4.500 g con VPP 22 y 37%. La estimación clínica para peso > 4.000 g obtuvo una sensibilidad de 10 a 43% con VPP entre 40% y 53%. La sensibilidad y el VPP mejoraron para embarazos con diabetes gestacional o embarazos prolongados (Sens 62-82% con VPP 61 a 86%). La detección de la macrosomía fue confiable por clínica, ultrasonido y preguntándole el concepto a la paciente, cuando la incidencia de macrosomía en la población a la que pertenece la II

paciente fue muy alta (al menos 20%). Debido a la falta de exactitud, en embarazos no complicados, la sospecha de macrosomía no es una indicación para la inducción del parto o cesárea electivas (755).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Hay poco soporte en la evidencia para realizar pelvimetría radiológica para la predicción de la necesidad de cesárea en mujeres con fetos en presentación cefálica, ya que que la naturaleza dinámica individual de los tejidos maternos y del proceso del trabajo de parto y el moldeamiento cefálico fetal hacen de la pelvimetría anteparto un pobre predictor de la DCP. Esta práctica puede resultar en un aumento de la tasa de cesáreas sin incrementar los beneficios para el feto o el neonato. Las muertes informadas en los artículos primarios y en los meta análisis no se deben directamente a DCP. Sin embargo, permanece plausible que otras formas de pelvimetría por imágenes pueda predecir la DCP. Para las mujeres con fetos en presentación cefálica, la revisión encontró muy escasa evidencia para mostrar beneficios del uso de la pelvimetría clínica o imagenológica. Hay evidencia que su uso incrementa la tasa de cesáreas sin mostrar beneficios para el feto. La talla materna es un mal predictor de DCP. Sin embargo, usando el percentil 5 de la talla materna como criterio de tamización en el control prenatal y sobretodo en áreas rurales con acceso difícil a centros con capacidad de atención de cesáreas, la talla materna tendría un VPP cercano al 20% para DCP. De esta forma, con la utilización de este criterio, una de cada cinco remisiones por este criterio requeriría una cesárea por DCP.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	No se recomienda realizar pelvimetría imagenológica como predictor de desproporción cefalopélvica (DCP) ya que incrementa la tasa de cesáreas sin mejorar los desenlaces perinatales.
B	Para el diagnóstico de DCP se recomienda tener en cuenta la historia clínica obstétrica, la evaluación clínica, la talla materna, la altura uterina, el cálculo del peso fetal y la progresión anormal del trabajo de parto.
√	Se sugiere la remisión temprana a una unidad de atención obstétrica de nivel II o superior ante la sospecha de DCP.

22. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS PARA REMISIÓN A UNA INSTITUCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD?

Durante el curso del trabajo de parto pueden presentarse factores o situaciones de riesgo no identificables al momento de la admisión. Estas situaciones ameritan una respuesta rápida para ubicar a la gestante en una unidad de cuidado obstétrico de nivel II o superior.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 40 estudios evaluó la relación entre la disponibilidad para la realización de cesárea y el impacto de la calidad del cuidado obstétrico sobre los desenlaces perinatales. En países de bajos y medianos ingresos, la mortalidad fetal intra-parto disminuyó 1,61 por 1.000 nacidos por cada incremento en un punto porcentual de la tasa de cesáreas entre 0 y 8%. En países ricos con tasas de cesárea superiores al 15% no hay asociación entre la tasa de mortalidad fetal intraparto y el porcentaje de cesáreas. Tasas de cesárea por encima de 8% no muestran beneficios sobre la mortalidad perinatal. Al evaluar la calidad del cuidado obstétrico se encontró que la atención del parto en niveles de atención primaria se asoció con un aumento del 60% de la muerte fetal intraparto en comparación con una institución de nivel III equipada con cuidado intensivo perinatal. Un análisis retrospectivo encontró que la residencia rural se asoció con niveles elevados de mortalidad fetal (OR = 1,20; IC 95%= 1,09-1,32) y muerte neonatal en el hospital (OR= 1,26; IC 95%= 1,07-1,48) en comparación con la residencia urbana (756).	2++
La guía de cuidado intraparto de NICE recomienda un listado de condiciones clínicas y situaciones de riesgo que deben ser evaluadas para decidir la transferencia de una mujer a una unidad de cuidado obstétrico, teniendo en cuenta la probabilidad de parto durante el traslado (665).	4

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

A pesar de la falta de ensayos clínicos aleatorizados, es fuerte la evidencia en apoyo de la mayor disponibilidad de cesárea de emergencia para reducir la mortalidad peri y neonatal. La atención obstétrica de emergencia es necesaria en todos los sistemas de salud de países de bajos o medianos ingresos. Varios estudios reportan tasas de mortalidad perinatal bajas en ausencia de capacidad de realizar cesáreas y otros han demostrado que la realización tardía de cesárea o en escenarios remotos producen aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, lo que sugiere que la calidad de la atención obstétrica, más que la mera disponibilidad de cesárea, es la clave en la prevención de muertes fetales y perinatales.

La identificación de situaciones clínicas durante el trabajo de parto que ameritan la pronta remisión a instituciones de cuidado obstétrico puede optimizar los resultados maternos y perinatales. El GDG junto con el consenso de expertos consultados acogió las recomendaciones contenidas en la guía de NICE y las delimita a condiciones del entorno local. Este es un listado no exhaustivo ni excluyente para orientar las decisiones del clínico basadas en su criterio, la condición clínica de la gestante y su feto y las condiciones locales de atención.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para la remisión de gestantes a instituciones de nivel II o superior durante el trabajo de parto:
	• Indicaciones para la monitorización fetal electrónica (EFM), incluyendo la identificación de anormalidades de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) a la auscultación intermitente.
	• Prolongación del primer o segundo periodos del parto.
	• Líquido amniótico teñido con meconio.
	• Solicitud de la madre para el alivio del dolor con analgesia neuroaxial.
	• Emergencia obstétrica: hemorragia previa al parto, presentación o prolapso del cordón, hemorragia posparto, colapso materno o la necesidad de reanimación neonatal avanzada.
	• Retención de la placenta.
	• Fiebre materna en el trabajo de parto (38,0 °C una vez o 37,5 °C en dos ocasiones con dos horas de diferencia).
	• Distocias de presentación o presentación de pelvis diagnosticada en el trabajo de parto teniendo en cuenta la inminencia del nacimiento.
	• Presión arterial elevada o diastólica (mayor de 90 mmHg) o aumento de la

	presión arterial sistólica (mayor de 140 mmHg) en dos lecturas consecutivas tomadas con 30 minutos de diferencia.
	• Incertidumbre sobre la presencia de latidos del corazón fetal o la vitalidad fetal.
	• Desgarro perineal de tercero o cuarto grado u otro trauma perineal complicado que requiere sutura.
	• Sospecha clínica o ecográfica de macrosomía fetal o desproporción céfalo pélvica.

23. ¿CUÁL ES LA POSICIÓN RECOMENDADA PARA LA GESTANTE DURANTE EL PERÍODO DILATANTE Y EL PARTO?

Existen estudios acerca del efecto de la posición materna sobre la progresión del trabajo de parto, el uso de analgésicos y de oxitocina. Las preferencias de la mujer deben considerarse durante la conducción y atención del parto como parte de la humanización del parto.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 21 estudios con 3.706 mujeres, evaluó las posiciones horizontales semi-acostada, decúbito lateral, supino y las posiciones verticales: sentada, de pie, caminar, arrodillada, cuclillas y cuadrúpeda durante el primer periodo del trabajo de parto. Se encontró un acortamiento del primer periodo de una hora en posiciones verticales (DM= -0,99; IC 95% -1,60 a -0,39). No hubo incremento en parto vaginal espontáneo (RR= 1,01; IC 95%= 0,97-1,05) ni del riesgo de cesárea (RR= 0,73; IC 95%= 0,51-1,07). La satisfacción materna no fue evaluada. La posición vertical disminuyó significativamente la necesidad de analgesia peridural (RR= 0,83; IC 95%= 0,72-0,96). No se encontraron diferencias en la necesidad de refuerzo oxitócico, parto instrumentado o desenlaces adversos neonatales (682).	1++
Cuatro estudios clínicos y una revisión sistemática que evaluaron mujeres en diferentes posiciones durante la primera etapa del parto con y sin analgesia epidural, no encontraron diferencias significativas en cuanto al uso de oxitocina y de analgésicos, la vía del parto y a resultados maternos o neonatales. La evidencia sobre el efecto de la adopción de diferentes posiciones en la duración de la primera	1+

etapa de parto y en el confort materno no es concluyente. La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre durante el nacimiento (757-761).

Un ECC que incluyó 147 mujeres con embarazo a término evaluó la postura de manos y rodillas (cuadrúpeda) encontrando que hubo reducción del dolor lumbar persistente (762). | 1+

Un ECC que incluyó 271 mujeres evaluó las posiciones sentada y de rodillas y la percepción de las mujeres con una encuesta. Se encontró que la posición de rodillas fue considerada más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto, aunque la duración observada del expulsivo fue similar (rodillas = 48,5 minutos ± 27,6 vs. sentadas 41 minutos ± 23,4) (763). | 1+

Una revisión sistemática que incluyó dos estudios y 281 mujeres con analgesia epidural, encontró una reducción estadísticamente significativa de la duración del parto en las posiciones verticales (incluidas la posición de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada a más de 60º de la horizontal) frente a posición supina durante la segunda etapa del parto y una reducción no significativa de parto instrumentado (RR= 0,77; IC 95%= 0,46–1,28) y cesárea (RR= 0,57; IC 95%= 0,28-1,16) (764). | 1+

Una revisión sistemática que incluyó 22 estudios clínicos y 7.280 mujeres, encontró que las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o litotomía durante el expulsivo, se asociaron a una reducción no significativa de la duración de la segunda etapa de parto, disminución significativa de partos asistidos (RR=0,78; IC 95%= 0,68-0,90), porcentajes menores de episiotomías (RR= 0,79; IC 95%= 0,70–0,90), menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la FCF (RR= 0,46; IC 95%= 0,22–0,93). También se asociaron a un mayor número de desgarros de segundo grado y mayor riesgo de hemorragia posparto mayor de 500 | 1+

mL (RR= 1,65; IC 95%= 1,32-2,60) (765).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es consistente y no modifica la dirección de la recomendación original de la guía de práctica clínica sobre la atención del parto normal del Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Las posiciones verticales durante el trabajo de parto y el expulsivo no incrementan los riesgos para madres ni fetos en condiciones de bajo riesgo y aún en presencia de analgesia epidural; por lo tanto no se encuentra justificación para limitar la movilidad de las mujeres durante su parto.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A (↑)	Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.
A (↑)	Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

24. ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA INDICADA PARA LA AUSCULTACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL EXPULSIVO?

En la presente guía se ha definido la duración máxima normal del primer y segundo periodo del parto. Sin embargo, se requiere realizar una vigilancia fetal estrecha y por lo tanto es necesario establecer los métodos de vigilancia fetal durante el trabajo de parto y durante el expulsivo.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 12 estudios encontró que la monitoría electrónica fetal continua comparada con la auscultación intermitente redujo el índice de crisis convulsivas (RR= 0,50; IC 95%= 0,31-0,80) pero no tuvo impacto en los índices de parálisis cerebral (RR= 1,74; IC 95%= 0,97-3,11). La monitoría electrónica fetal continua incrementó el número de cesáreas (RR= 1,66; IC 95%= 1,30-2,13) y de partos instrumentados (683). 1++

Un ECC con 1.255 mujeres no encontró evidencia suficiente para diferenciar la 2+

efectividad de la auscultación mediante Doppler o estetoscopio de Pinard (684).	
Un ECC que incluyó 4.044 mujeres encontró que el empleo de monitoría fetal electrónica intermitente (MEFI) a intervalos regulares (con auscultación intermitente entre los intervalos) parece ser tan segura como la monitorización electrónica fetal continua en partos de bajo riesgo (685).	1+
Una revisión de la literatura analizó diferentes métodos de monitorización fetal en el expulsivo (auscultación intermitente vs electrónica continua, oximetría de pulso, evaluación del Segmento ST, medición de pH en cuero cabelludo, medición de lactato en cuero cabelludo) e incluyó 40 estudios. La revisión reportó que hubo perdidas de foco con todos los métodos: 64% con oximetría y que 35 a 48% de las monitorias fetales continuas (MFC) externas tuvo pérdidas mayores al 20% y las MFC internas entre el 8 al 11%. Las muestras de cuero cabelludo no permiten seguimiento continuo. Se concluyó que ningún método permite una sensibilidad del 100% y hay una tasa de falsos negativos de la MFC de 1,3%. Además reportó que el expulsivo impone un riesgo elevado de acidosis al feto. Asimismo, concluyó que se requiere un seguimiento cercano a la FCF durante todo el esfuerzo expulsivo (766).	III

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia sobre los métodos de vigilancia fetal durante el trabajo de parto es de buena calidad, mientras que la evidencia directa relacionada con la vigilancia fetal durante el expulsivo es escasa. Lo anterior mantiene el sentido de la recomendación sobre los métodos de vigilancia fetal clínica durante todo el trabajo de parto y el expulsivo, tal como está recomendado por la OMS (702), por la guía de cuidado intraparto de NICE (665) y en la guía original publicada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (667).

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

√	Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo según los siguientes parámetros: • El corazón fetal se debe auscultar al menos cada 5 – 15 minutos en el periodo expulsivo. • La auscultación se llevará a cabo durante 30 – 60 segundos, como mínimo, después de una contracción. • El pulso materno también debe ser reconocido para diferenciar entre el ritmo materno y el latido cardiaco fetal.

25. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES PROBADAMENTE BENÉFICAS Y CUÁLES NO DURANTE EL EXPULSIVO EN UN PARTO NORMAL?

A lo largo del tiempo, se han implementado diversas intervenciones durante el segundo periodo. Su uso debe estar sustentado en una clara relación de beneficio sobre riesgo.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Un ECC que incluyó 1.340 mujeres encontró que la realización del masaje perineal previo al parto comparado con la no realización, no influyó en el número de mujeres con periné intacto, los desgarros perineales no severos, la frecuencia de episiotomías, el dolor vaginal a los 3 días, 10 días y 3 meses, la dispareunia y en la reanudación de las relaciones sexuales. Sin embargo, hubo disminución significativa de desgarros de tercer grado (RR= 0,45; IC 95 %= 0,23-0,93) (767). 1+

Un ECC con 717 mujeres asignadas a uso de compresas calientes vs. cuidado tradicional, encontró que las compresas calientes durante la segunda etapa del parto redujeron el riesgo de laceraciones perineales de tercer y cuarto grados (pero sin reducir la tasa de suturas perineales), disminuyeron el dolor durante el parto y los primeros tres días posparto y el riesgo de incontinencia urinaria en los primeros tres meses posparto (768). 1+

Un ECC que evaluó la protección activa del periné y deflexión activa de la cabeza posicionando las manos en modo de protección del periné y controlando la deflexión de cabeza ("*hands on*"), comparado con la técnica en la que las manos se mantienen preparadas pero sin tocar ni la cabeza fetal ni el periné (*"hands off")*, 1+

encontró que las mujeres reportaron menor dolor a los diez días y un mayor número de episiotomías en el grupo de protección activa, a pesar de que la tasa de trauma perineal global fue similar en ambos grupos (769).	
En una cohorte de 12.369 pacientes entre los años 2002 y 2007, la protección manual del periné y la deflexión controlada de la cabeza fetal, disminuyeron significativamente de 4,03% a 1,17% el número de desgarros del esfínter anal (770).	2+
En un ECC con 185 mujeres sin analgesia epidural, se evaluó el uso de la lidocaína en spray en la segunda etapa del parto, sin encontrar disminución del dolor perineal aunque hubo buena aceptación por las usuarias (771).	1+
Un ECC con 128 mujeres comparó un grupo de 67 mujeres a las que se les dirigió el pujo con 61 mujeres con pujos espontáneos durante el expulsivo. El estudio mostró que en el grupo de mujeres con pujo dirigido, a los tres meses hubo una disminución en la capacidad vesical y en la urgencia urinaria (772).	1+
Una revisión sistemática que incluyó siete estudios e involucró 2.827 mujeres con anestesia epidural, encontró que el parto con pujos no dirigidos incrementaba los partos vaginales (RR= 1,08; IC 95%= 1,01-1,15), redujo los partos instrumentados (RR= 0,77; IC 95%= 0,77-0,85) y el tiempo de pujo (DM= -0,19 horas; IC 95%= -0,27 a -0.12 horas) sin incrementar la tasa de cesárea ni de episiotomía (773).	1+
Una revisión sistemática que incluyó nueve estudios y 2.959 mujeres, encontró que la duración total de la segunda etapa fue más larga cuando se retardaron los pujos pero con una reducción de la duración del pujo activo. Además, se reportó una reducción de partos instrumentados (RR= 0,94; IC 95%= 0,84-1,01) en el grupo de pujo retardado y una reducción significativa de la necesidad de maniobras para rotación o fórceps (RR= 0,69; IC 95%= 0,55-0,87). No se encontraron diferencias significativas en otros resultados examinados como los resultados neonatales (774).	1+

Dos ECC de pobre calidad encontraron resultados contradictorios respecto al pujo dirigido y la duración del segundo periodo. Ninguno encontró cambios en los resultados maternos o perinatales (775, 776).	1-
Una revisión sistemática que incluyó 26 estudios, encontró que la episiotomía restrictiva frente a la sistemática incrementó el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudaron su vida sexual al mes, disminuyó la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al egreso (777).	1+
Una revisión sistemática sobre el uso de episiotomía selectiva vs. rutinaria que incluyó ocho estudios con 5.441 mujeres, encontró que la episiotomía selectiva produjo prevención de trauma perineal severo (RR= 0,68; IC 95%= 0,49-0,94), prevención de trauma perineal posterior con episiotomía mediana (RR= 0,86; IC 95%= 0,82-0,91) y con episiotomía mediolateral (RR= 0,80; IC 95%= 0,75-0,87) y disminución de la necesidad de sutura perineal (RR= 0,73; IC 95%= 0,70-0,76), pero incrementó el riesgo de trauma anterior (RR= 1,52; IC 95%= 1,24 - 1,86). También se observó reducción de complicaciones al séptimo día (RR= 0,69; IC 95%= 0,56-0,85) (778).	1++
Un ECC con 146 nulíparas mostró que la utilización restrictiva de la episiotomía, mejoró los resultados a corto plazo de las mujeres como dolor perineal, periné intacto y menor pérdida de sangre (779).	1+
Un ECC que incluyó un total de 317 mujeres con parto a término de embarazo único cefálico comparó la episiotomía rutinaria vs. episiotomía restrictiva en mujeres con parto vaginal instrumentado. No se encontraron diferencias en desgarro perineal severo (RR= 0,72; IC 95%= 0,28-1,87), distocia de hombros (RR= 0,90; IC 95%= 0,33–2,43) o hemorragia posparto (RR= 1,57; IC 95%= 0,86–2,86). Tampoco hubo diferencias en dolor perineal posparto severo, ingreso a UCI neonatal o trauma perinatal. No hay evidencia que permita establecer los beneficios de realizar	1-

sistemáticamente episiotomía en parto operatorio, ya que no disminuye el trauma perineal severo (780).	
Un estudio observacional reportó que el peso fetal y la episiotomía mediolateral fueron factores de riesgo independientes para la lesión del esfínter anal (OR= 4,04; IC 95%= 1,71-9,56), aunque se reportó que solo un 22% de las episiotomías realizadas fueron realmente mediolaterales. La episiotomía hacia la línea media estuvo asociada a un mayor número de lesiones del esfínter anal (757).	3
Tres estudios observacionales encontraron que en mujeres con antecedente de trauma perineal severo en partos anteriores, la incidencia de recurrencia del traumatismo perineal de tercero y cuarto grado fue similar al de cualquier otra mujer. Los estudios no reportaron beneficios de realizar episiotomía después de partos de mujeres con antecedente de trauma perineal severo (desgarros de tercer o cuarto grado) (781-783).	3
Una revisión sistemática realizada incluyó un solo estudio con 500 mujeres para evaluar la maniobra de Kristeller realizada mediante un cinturón inflable. El uso del cinturón inflable no incrementó los partos vaginales (RR= 0,94; IC 95%= 0,80-1,11), ni redujo la tasa de parto instrumentado. El uso del cinturón no produjo diferencias en los desenlaces fetales como Apgar bajo a los cinco minutos (RR= 4,62; IC 95%= 0,22-9,68), pH arterial de cordón bajo (RR= 0,47; IC 95%= 0,09-2,55) o ingreso a UCIN (784).	1+
En un ECC con 197 mujeres, la maniobra manual de Kristeller fue ineficaz para reducir la duración de la segunda etapa del trabajo. Tampoco hubo diferencias en la medición de gases arteriales de cordón (785).	1+
Un ECC que incluyó 123 mujeres nulíparas entre 20 y 35 años en periodo expulsivo, con fetos en presentación cefálica, únicos y a término, evaluó la eficacia y seguridad de cinturones obstétricos inflables en el manejo del periodo expulsivo sincronizado	1-

con las contracciones para ejercer presión suprapúbica durante el expulsivo, usado hasta la expulsión fetal o instrumentación vs. expulsivo espontáneo hasta por tres horas o retiro por decisión del paciente o el obstetra. No se encontraron diferencias significativas en la duración del segundo periodo (41,55 ± 30,39 minutos vs. 62,11 ± 35,99 minutos), en la disminución de parto por cesárea o parto instrumentado, en trauma perineal, estancia hospitalaria o en los resultados neonatales (786).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia actualizada es consistente y no modifica el sentido de las recomendaciones de la guía original de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco ni las publicadas previamente en Colombia (664, 667). No hay incertidumbre respecto a la relación de riesgo beneficio de las recomendaciones y su aplicación en el entorno local. Dentro del consenso de expertos consultados, no se logró llegar a un acuerdo sobre la técnica de la episiotomía a recomendar (mediana vs medio lateral). El GDG y el grupo de expertos consideraron que la técnica debe ser definida por el profesional de la salud que realiza la atención de parto según sus conocimientos, competencias, habilidades y destrezas así como de las condiciones clínicas de la paciente atendida.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	No se recomienda la realización del masaje perineal durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda el pujo espontáneo durante el expulsivo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva del segundo periodo del parto.
A	Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto.
A	No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo.
B	Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no puje durante la extensión y desprendimiento.
√	Se recomienda hacer uso de la episiotomía solo si hay necesidad clínica, como en un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal.
√	Antes de llevar a cabo una episiotomía, se recomienda realizar una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo.
√	La episiotomía no debe recomendarse de forma rutinaria durante un parto vaginal en

	mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos anteriores.
A	No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller.

26. ¿QUÉ CLASE DE SUTURAS DEBEN USARSE PARA LA EPISIORRAFIA Y LA SUTURA DE DESGARROS PERINEALES?

La episiotomía es un procedimiento obstétrico muy común a pesar de que sólo debe realizarse cuando está indicada. El tipo de material utilizado para la episiorrafia y la corrección de desgarros vaginales y perineales puede estar relacionado con efectos a corto y largo plazo, como la calidad de la reparación, persistencia de dolor, dispareunia y secuelas a largo plazo.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó siete estudios y 3.822 mujeres en cuatro países diferentes evaluó la técnica de sutura continua vs. sutura interrumpida para la reparación de la herida perineal. Se encontró que la técnica de sutura continua produjo menos dolor hasta 10 días postparto (RR= 0,70; IC 95%= 0,64-0,76). El análisis por subgrupos mostró mayor reducción del dolor cuando se suturaron todas las capas en forma continua (RR= 0,65; IC 95%= 0,60-0,71), se redujo la necesidad de analgesia con la sutura continua en la piel (RR= 0,70; IC 95%= 0,58-0,84), hubo menos dispareunia y menor necesidad de remover la sutura en este grupo (787).	1+
Una revisión sistemática que incluyó 18 ECC y 10.171 mujeres comparó el uso de diferentes materiales de sutura para la reparación de la herida perineal. Se encontró que las suturas sintéticas estándar comparadas con catgut cromado produjeron menos dolor al tercer día (RR= 0,83; IC 95%= 0,76-0,90), menor requerimiento de analgesia a los 10 días (RR= 0,71; IC 95%= 0,59-0,87) y menor probabilidad de volver a suturar (RR= 0,25; IC 95%= 0,08-0,74). Las suturas sintéticas requirieron más necesidad de retiro del material (RR= 1,81; IC 95%= 1,46-2,24). Las suturas de absorción rápida comparadas con las suturas de absorción estándar incrementaron el riesgo de dehiscencia a los 10 días (RR= 1,67; IC 95%= 1,07-2,60) pero requirieron	1++

menor retiro del material (RR= 0,24; IC 95%= 0,15-0,36) y produjeron menos dolor a los 3, 6 y 12 meses (788).

Un ECC de baja calidad con 100 mujeres comparó el cierre total de la episiotomía con poliglactina 910 vs. cierre profundo con poliglactina 910 y un adhesivo de piel. No hubo diferencias significativas entre los grupos en procedimientos fallidos o dificultades técnicas, dehiscencia de la herida, dolor intra o post operatorio a los 7 y 30 días y el reinicio de la vida sexual con el uso de adhesivo de piel (789). | 1-

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es consistente y mantiene la dirección de la recomendación original de la guía de publicada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco y recomendaciones previamente publicadas (664). Los beneficios obtenidos sobre el bienestar de la mujer y la disminución de reintervenciones por dehiscencia de la herida son claros según la evidencia e implican modificar los criterios y las prácticas actuales para la selección del material de sutura para la episiorrafia o la corrección de los desgarros perineales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda la utilización de material sintético de absorción estándar para la reparación de la herida perineal.
√	Se recomienda realizar un examen rectal después de completar la reparación para garantizar que el material de sutura no se haya insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal.

27. EN GESTANTES EN QUIENES NO EXISTA INDICACIÓN PARA PINZAMIENTO INMEDIATO ¿CUÁL ES EL MOMENTO ADECUADO PARA EL PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL?

El pinzamiento del cordón no debe ser un acto automático y reflejo, sino un acto médico reflexivo, que tenga en cuenta las condiciones maternas y neonatales por sus implicaciones sobre el bienestar del binomio.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 11 ensayos clínicos con 2.989 mujeres y sus niños encontró que el pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos a término, al menos dos minutos después del parto, no incrementó el riesgo de hemorragia posparto y mejoró los niveles de hemoglobina de los neonatos (DM= 2.17 g/dL; IC 95%= 0,28 a 4,06) a pesar de un incremento en la necesidad de fototerapia por ictericia (RR= 0,59; IC 95%= 0,38-0,92)(790).	1+
Una revisión sistemática que incluyó 15 ECC con 1.912 neonatos encontró que los niños con pinzamiento luego de dos minutos tuvieron mayor porcentaje de hematocrito (DM= 3,70%; IC 95%= 2,00% a 5,40%), mayor concentración de ferritina (DM= 17,89; IC 95%= 16,58 a 19,21), mayores reservas de hierro (DM= 19,90; IC 95%= 7,67 a 32,13) y una reducción importante del riesgo de anemia (RR= 0,53; IC 95%= 0,40-0,70) a pesar de un incremento en el riesgo de policitemia por el pinzamiento tardío (791).	1+
Una revisión sistemática que incluyó 29 estudios clínicos, 15 en embarazos a término y 14 en nacimientos pretérmino, evaluó el pinzamiento temprano del cordón (antes de 30 segundos) después del nacimiento vs. pinzamiento tardío (mayor de 30 segundos). No se encontraron diferencias en hemorragia posparto y el pinzamiento tardío presentó mayor hematocrito inicial (DM= 2,38 g/dL; IC 95%= 1,10 a 3,67) y mayores niveles de ferritina durante el seguimiento (DM= 17,0 mcg/L; IC 95%= 12,15 a 21,85). No se encontró mayor riesgo de hiperbilirrubinemia o ictericia (RR=1,16; IC 95%= 0,92-1,45) o necesidad de fototerapia (RR=1,28; IC 95%= 0,48-3,42). En nacimientos prematuros se encontró una disminución significativa del riesgo de hemorragia intraventricular (RR= 0,49; IC 95%= 0,32-0,74). Para niños nacidos a término, el pinzamiento tardío ofreció beneficios limitados sin incrementar los riesgos maternos. En niños prematuros, el pinzamiento tardío redujo significativamente el riesgo de hemorragia intraventricular (792).	1+

Un ECC que incluyó 64 pacientes con embarazos únicos a término comparó el pinzamiento temprano del cordón (antes de 30 segundos) después del nacimiento vs. pinzamiento tardío mayor de tres minutos. No hubo diferencias en el hematocrito a las 2 y 18 horas posparto ni a los cinco días, ni hubo diferencia en el hallazgo de policitemia. No se evaluó anemia ni viscosidad sanguínea (793).	1-
Un ECC controlado que incluyó neonatos únicos, sin complicaciones, a término, en presentación cefálica nacidos por vía vaginal o cesárea, comparó el pinzamiento temprano del cordón (dentro de los primeros 15 segundos) vs. el pinzamiento del cordón al minuto y el pinzamiento a los tres minutos. La ferritina neonatal fue significativamente más alta en los niños con pinzamiento al tercer minuto (33,2 µg/L) que en los de pinzamiento temprano (20,9 µg/L) (DM= 1,6; IC 95%= 1,2 a 2,1). No hubo diferencia significativa entre pinzamiento al minuto (25,5 µg/L) y los de pinzamiento temprano. A pesar de no haber diferencias significativas en los niveles de hemoglobina, la prevalencia de anemia ferropénica fue tres veces mayor en niños con pinzamiento temprano (7%) en comparación con los del tercer minuto (2,4%) (RR= 0,30; IC 95%= 0,10-1,60) a los seis meses. Asimismo, a los seis meses de edad, los niños nacidos a término con pinzamiento del cordón umbilical al tercer minuto después del nacimiento presentaron un nivel de ferritina plasmática significativamente mayor que el de los niños con pinzamiento en los primeros 15 segundos. No se observaron diferencias significativas en los valores de ferritina de los niños con pinzamiento al minuto ni en los niveles de hemoglobina entre los tres grupos (794).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia actualizada es de moderada a buena calidad y es consistente en cuanto a los beneficios del pinzamiento tardío del cordón: menor riesgo de anemia, mayores niveles de ferritina y en prematuros menor riesgo de hemorragia intraventricular. Las definiciones de pinzamiento tardío son amplias e incluyen desde el pinzamiento después de 15 segundos hasta tres minutos después del nacimiento. El consenso de expertos evaluó las

recomendaciones presentadas y fueron aprobadas por la totalidad del grupo de expertos que incluyó pediatras, neonatólogos y miembros del GDG de la Guía de Práctica Clínica para el Recién Nacido.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
B	Se sugiere el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical.
D	Se recomienda adoptar los siguientes criterios clínicos para pinzamiento del cordón: • Interrupción del latido del cordón umbilical. • Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical. • Satisfactoria perfusión de la piel. • Realizarlo entre dos y 3 minutos después del nacimiento.
D	Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato: • Desprendimiento de placenta. • Placenta previa. • Ruptura uterina. • Desgarro del cordón. • Paro cardiaco materno. • Los demás criterios recomendados en la Guía de Práctica Clínica de Recién Nacidos.

28. ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL A PIEL DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO?

La humanización del parto incluye favorecer y modificar las condiciones de atención del parto, con el propósito de disminuir la medicalización de la atención de la madre y el neonato cuando otros procedimientos simples puedan ser efectivos y suficientes.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó 30 ECC con 1.925 binomios, encontró que el contacto piel a piel tuvo efectos positivos sobre la lactancia materna hasta cuatro meses después del parto (OR= 1,82; IC 95%= 1,08–3,07), así como en la duración de la misma. Se encontró un aumento en los puntajes de afecto, contacto físico durante la lactancia y apego de la madre con contacto piel a piel temprano. Hubo disminución del tiempo de llanto de los niños con contacto piel a piel (DM= -8,01 minutos; IC 95%= -8,98 a -7,04). Se encontró mayor estabilidad cardio-respiratoria en niños prematuros tardíos expuestos a contacto piel a piel temprano (DM= 2,88;	1+

IC 95%= 0,53 a5,23) sin encontrar efectos adversos (795).

Una revisión sistemática que incluyó 24 estudios de diseños de antes y después, ensayos clínicos controlados y estudios de cohorte para un total de 487 pacientes, revisó los efectos fisiológicos del contacto piel a piel en madres e hijos. El contacto piel a piel incrementó la temperatura del neonato (DM= 0,22 grados centígrados; IC 95%= 0,18 a 0,27). El incremento en la temperatura corporal fue más evidente en países de bajos y medianos ingresos (DM= 0,61 grados centígrados). No hubo diferencias en la frecuencia cardiaca neonatal. Hubo disminución clínicamente no significativa de la saturación de oxígeno (DM= -0,60%; IC 95%= -1,05 a -0,15) luego de la aplicación del cuidado piel a piel y hubo una correlación significativa de este resultado con la temperatura ambiental. Para países de bajos o medianos ingresos, puede recomendarse el cuidado piel a piel, pero debe vigilarse la temperatura ambiente. En particular, a los bebés con riesgo de apnea o prematuridad no debe ofrecerse el contacto piel a piel a menos que se pueda monitorizar el estado respiratorio y la saturación de oxígeno (796). 1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es de alta calidad y mantiene la dirección de la recomendación original de la guía de práctica clínica sobre la atención del parto normal de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. La recomendación es aplicable a nuestro país y hay certeza respecto a los beneficios para madres y neonatos, así como de la aplicabilidad de esta intervención durante la atención de mujeres con partos de bajo riesgo.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A	Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel a piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.
√	Para mantener caliente al bebé, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel a piel con la madre.
√	Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida y hasta que este haya finalizado su primera lactada. Durante este periodo se recomienda una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible con la relación entre la madre y el recién nacido con registro de signos vitales de los recién nacidos (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso la frecuencia cardiaca) y la vigilancia del tono uterino y registro de signos vitales maternos alertando al médico sobre cualquier cambio.

29. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL MANEJO DEL EXPULSIVO PROLONGADO?

A pesar de tratarse de partos de bajo riesgo, pueden presentarse complicaciones súbitas durante el expulsivo que no pueden predecirse con base en los factores de riesgo o a pesar del curso normal del trabajo de parto. Se requiere evaluar la efectividad de las medidas más comunes para enfrentar esta situación en cualquier nivel de atención.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática que incluyó tres ECC evaluó el uso de tocolíticos, comparando betamiméticos intravenosos vs. placebo o sulfato de magnesio durante el segundo periodo del parto de mujeres con sospecha de sufrimiento fetal. Se encontró que con el uso de tocolíticos vs. no tratamiento, hubo menos fallas en la recuperación de la frecuencia cardiaca fetal (RR= 0,26; IC 95%= 0,13-0,53). Los betamiméticos comparados con el sulfato de magnesio mostraron una tendencia no significativa a la reducción de la actividad uterina (RR= 0.07; IC 95%= 0,00 – 1,10). Los efectos adversos evaluados solo mencionan taquicardia materna pero hay referencia a otros efectos como hemorragia materna, arritmias o edema pulmonar. La limitada evidencia disponible muestra que los tocolíticos pueden significar la ganancia de tiempo valioso para realizar una cesárea, alistar un parto instrumentado, colocar anestesia regional, transferir una paciente a una unidad obstétrica de mayor complejidad o replantear la necesidad de un parto urgente (797).	1+
Una revisión sistemática que incluyó 164 mujeres en trabajo de parto, evaluó la tocolisis profiláctica con betamiméticos intravenosos vs. placebo durante el segundo periodo del parto en embarazos no complicados. Los valores de pH en la arteria umbilical fueron más altos en el grupo de tocolisis (DM= 0,03; IC 95%= 0,00 a 0,05). El grupo que recibió betamiméticos requirió mayor uso de fórceps (RR= 1,83; IC 95%= 1,02-3,29). No hubo mayores efectos en hemorragia posparto, irritabilidad	1+

neonatal o lentitud para alimentarse. No hay evidencia que soporte el uso como profilaxis de betamiméticos durante la segunda etapa del trabajo de parto (798).	
Una revisión sistemática evaluó los instrumentos para el tratamiento del expulsivo prolongado, incluyendo 32 estudios y 6.597 mujeres con parto vaginal quienes se instrumentaron con fórceps o cualquier tipo de ventosa. Se encontró que los fórceps fallaron menos que las ventosas para lograr un parto vaginal (RR= 0,65; IC 95%= 0,45 -0,94). Sin embargo, hubo más tendencia a la cesárea con fórceps y significativamente más desgarros de tercer o cuarto grado con o sin episiotomía, trauma vaginal, uso de anestesia general, incontinencia de flatos o continencia alterada. Las lesiones faciales fueron más probables con fórceps (RR= 5,10; IC 95%= 1,12-23,25). Usando un modelo de efectos aleatorios, hubo una mayor tendencia a presencia de cefalohematoma neonatal con el uso de fórceps (RR=0,64; IC 95%= 0,37-1,11) (799).	1++
Una revisión sistemática encontró que el vacuum produjo una menor frecuencia de trauma perineal comparado con fórceps (OR= 0,41; IC 95%= 0,33-0,50) y requirió menos anestesia regional o general. Además, reportó que hubo tendencia a una menor tasa de cesáreas en el grupo de vacuum comparado con el grupo de fórceps (OR= 0,56; IC 95%= 0,31–1,02). Sin embargo, el vacuum tuvo mayor riesgo de falla que el fórceps (OR= 1,69; IC 95%= 1,31-2,19). Las tasas de mortalidad perinatal fueron similares para ambos métodos (OR= 0,80; IC 95%= 0,18-3,52). Los autores realizaron un metanálisis con los siete estudios más recientes, el cual tampoco encontró diferencias significativas en la mortalidad perinatal según el instrumento empleado (OR= 0,60; IC 95%= 0,07-5,00) (756).	1++
Una revisión sistemática evaluó la aplicación progresiva de presión negativa vs la presión rápida con el uso de vacuum. La duración del procedimiento fue más corta con la aplicación de la presión negativa rápida (DM= -6,10 minutos; IC 95%= -8,83 a -3,37) y no se encontraron diferencias en los resultados neonatales. Debido a que	1-

incluyó un solo ensayo con un número reducido de pacientes no se pueden tomar determinaciones sobre la práctica clínica hasta que otros ensayos confirmen estos hallazgos (800).

Una revisión sistemática evaluó la aplicación de antibiótico profiláctico para la prevención de endometritis en mujeres expuestas a la aplicación de fórceps o vacuum. Incluyó 393 mujeres con uso de cefotetan comparado con no aplicación de antibiótico. No hubo casos de endometritis en el grupo que recibió cefotetan contra 4% en el grupo que no recibió tratamiento. La diferencia no fue estadísticamente significativa pero la reducción del riesgo fue del 93% (RR= 0,07; IC 95%= 0,00-1,21). No hubo diferencias en la estancia hospitalaria (DM= 0,09 días; IC 95%= 0,23 a 0,41) (801).

1-

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia disponible sugiere que el uso de tocolisis podría mejorar los desenlaces neonatales en sospecha de estado fetal insatisfactorio durante el expulsivo, dar tiempo a iniciar otras intervenciones y no parece incrementar los eventos adversos maternos. Sin embargo, los estudios originales no tienen suficiente poder para evaluar desenlaces adversos severos de baja frecuencia como hemorragia posparto o complicaciones cardiopulmonares en la gestante. Se considera que en la evidencia encontrada los beneficios superan los riesgos. Por otra parte, no se encontraron revisiones sistemáticas que evaluaran específicamente el uso de espátulas o fórceps no articulados. La aplicación de los fórceps para el expulsivo prolongado, se asocian con una mayor tasa de parto vaginal. La menor tasa de cesárea pero mayor de falla asociada al uso de vacuum puede deberse al hecho que un vacuum no exitoso puede manejarse luego con aplicación de fórceps y si estos fallan, con la realización de cesárea. Los beneficios sobre el trauma perineal y lesiones perinatales, hacen preferible el uso de vacuum donde esté disponible y exista capacitación sobre su uso. Donde ya existan las condiciones de capacitación para el uso de diferentes tipos de fórceps (incluidas las espátulas), los costos de implementación y

capacitación para el uso del vacuum dificultan la implementación de esta tecnología, aún en condiciones de bajo costo. El consenso de expertos consideró que la aplicación práctica en nuestro país del vacuum extractor es limitada por el bajo uso de este instrumento y que los datos son insuficientes para hacer recomendaciones en cuanto al uso de antibióticos profilácticos para prevenir endometritis en los trabajos de parto intervenidos con fórceps o vacuum.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	En casos de estado fetal insatisfactorio durante el expulsivo, el uso de tocolisis de emergencia podría mejorar las condiciones fetales y dar tiempo para iniciar otras intervenciones o remitir la paciente.
√	Se sugiere manejar el expulsivo prolongado con la instrumentación (aplicación de fórceps, espátulas o vacuum) según las condiciones clínicas de la gestante, la disponibilidad en el sitio de atención y la capacitación y experiencia de quien aplica estos instrumentos.
√	Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos según la presencia de otros factores de riesgo ante e intraparto para infección puerperal.

30. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA DISTOCIA DE HOMBRO?

La distocia de hombro puede desencadenar complicaciones maternas y fetales y lo ideal es que esta situación fuera predecible para decidir oportunamente la remisión a una unidad de atención obstétrica de mayor complejidad. Sin embargo, se trata de una complicación que puede ocurrir en cualquier escenario y quien atiende el parto debe sospechar el diagnóstico y estar preparado para enfrentarla.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática evaluó si la distocia de hombro era predecible y prevenible. Se encontró que hay una relación lineal entre el aumento del peso al nacer y el riesgo de distocia de hombros. Desde el punto de vista prospectivo, sin embargo, los factores de riesgo antes del embarazo y antes del parto tienen muy escaso valor predictivo para el pronóstico de la distocia de hombros. La ecografía al final del embarazo también muestra una baja sensibilidad, su precisión disminuye con el aumento del peso estimado y tiene una tendencia general a sobreestimar el peso al	2+

nacer (802).

Un estudio de cohorte que incluyó 223 mujeres evaluó, en periodos arbitrarios de 24 horas, el intervalo entre la expulsión de la cabeza y el resto del cuerpo, registrando el uso de maniobras de Mac Roberts, episiotomía luego de la expulsión de la cabeza fetal, presión suprapúbica, rotación del hombro a posición oblicua o de 180° grados, extracción del brazo posterior o el uso de anestesia general. El tiempo medio desde el parto de la cabeza del feto y el del cuerpo fue de 24,2 ± 1,3 segundos en los 223 partos normales. Por el contrario, entre los 27 casos en los que fueron necesarias maniobras obstétricas para obtener el parto, hubo un aumento significativo en dicho tiempo (82,6 ± 21,5 segundos, P< .05). El intervalo entre la salida de la cabeza y la salida del cuerpo se prolongó significativamente en la distocia de hombro. Los autores proponen una definición de la distocia de hombros, referida como una prolongación del tiempo de intervalo del parto de la cabeza y el cuerpo de 60 segundos y / o el uso de maniobras auxiliares obstétricas, que representa la media del tiempo medido más dos desviaciones estándar (803).	2+
Una cohorte de 722 partos vaginales durante dos años evaluó el intervalo mayor de 60 segundos entre el parto de la cabeza y el del resto del cuerpo fetal o el uso de maniobras obstétricas para permitir la extracción fetal como definición objetiva de distocia de hombros. Se revisaron los datos perinatales y los resultados maternos y perinatales. Hubo 99 partos complicados por distocia de hombros y 623 partos que no tuvieron distocia de hombros. La definición objetiva (tiempo mayor de 60 segundos) se asoció con niños con Apgar bajo al primer minuto (Apgar<7= 21 (21%) vs. 43 (7%); P < 0,0001) y mayor peso al nacer (3.664 g ± 60 vs. 3.353 g ± 21; p < 0,0001). Todas las lesiones fetales se presentaron en el grupo de la distocia de hombros. La duración del segundo periodo del parto se asoció significativamente con un diagnóstico de distocia del hombro (57 minutos ± 95 vs. 3 minutos ± 95; p < 0,0001). El riesgo de distocia de hombros se incrementó con la diabetes materna,	2++

pero no se correlacionó con el peso al nacer en los niños de madre diabética. La definición objetiva de la distocia de hombros permite identificar el grupo de pacientes con mayor peso al nacer y mayor riesgo de lesiones fetales. Se encontró que la duración de la segunda fase del parto se asoció con distocia de hombros, pero que no había ninguna asociación con el parto vaginal instrumentado. Se ha descrito el parto vaginal instrumentado como un factor de riesgo para la distocia de hombros, aunque este hallazgo no es universal. Los autores concluyeron que cuando un parto vaginal instrumentado se lleva a cabo para tratar un expulsivo prolongado, se puede causar un aumento del riesgo de distocia del hombro (804).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es de buena calidad, pero es escasa y no es reciente. Se considera que la evidencia encontrada es aplicable y la generalización de estos resultados es adecuada. Hay certeza sobre los beneficios de implementar una definición objetiva, cuyo uso podrá ayudar a la evaluación de las propuestas de manejo profilácticas y de tratamiento de la distocia de hombros. Esta definición puede complementar el diagnóstico con los signos clásicos descritos en la literatura para el diagnóstico de la distocia de hombro.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

B	Se recomienda adoptar la siguiente definición para el diagnóstico de la distocia de hombros: una demora mayor o igual a un minuto entre el desprendimiento de la cabeza y el desprendimiento de los hombros.
B	La prolongación del trabajo de parto y del expulsivo y la necesidad de la instrumentación del parto, deben alertar al clínico sobre el riesgo de la presentación de una distocia de hombro.
√	Se recomienda tener en cuenta la prevalencia de macrosomía en el grupo poblacional de la gestante como riesgo basal para la presentación de una distocia de hombro.

31. ¿CUÁLES SON LAS MANIOBRAS MÁS EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA DISTOCIA DE HOMBRO?

La distocia de hombro puede desencadenar complicaciones maternas y fetales y en condiciones ideales debería ser predecible, con el fin de decidir oportunamente la remisión a una unidad de atención obstétrica de mayor complejidad. Sin embargo, la distocia de hombro es una complicación que puede ocurrir en cualquier escenario y quien atiende el parto debe sospechar el diagnóstico y estar preparado para enfrentarla. Se han descrito numerosas maniobras para resolver esta emergencia. Es conveniente conocer la efectividad y seguridad de las maniobras descritas.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión sistemática evaluó cuales maniobras se deben realizar cuando ocurre la distocia de hombros. Los autores reportaron que la maniobra de McRoberts aislada resolvió el 42% de las distocias. El 54,2% de las distocias se resolvió con la combinación de maniobra de McRoberts, presión suprapúbica y episiotomía. Cuando se requirieron una o dos maniobras, la incidencia de parálisis de Erb fue de 7,7% pero aumentó hasta el 25% cuando se requirieron más de 3 maniobras (p= 0,009). La incidencia de fractura clavicular o humeral también se incrementó con el uso de más de tres maniobras. (21,4% vs. 7,7%; p< 0,03) Pueden intentarse las maniobras de Woods, Rubin y Zavanelli. Antes de esta última puede intentarse la posición sobre cuatro extremidades (maniobra de Gaskin o posición a gatas) que se reporta que resolvió el 52% de distocias de hombro. La extracción del hombro posterior se debe considerar después de la maniobra de McRoberts y la presión suprapúbica en el manejo de la distocia de los hombros. La necesidad de realizar maniobras adicionales se asoció con mayores tasas de lesiones neonatales (802).	3
Una revisión sistemática evaluó las maniobras de prevención de la distocia de hombros. Se incluyeron dos estudios con 185 mujeres comparando la maniobra de Mc Roberts y presión suprapúbica profiláctica con ausencia de maniobras y un estudio comparando McRoberts versus posición de litotomía, maniobras profilácticas	1+

incluyendo McRoberts, aplicación de presión suprapúbica y posición de la madre en cuatro extremidades (Gaskin). Uno de los estudios reportó 15 casos de distocia de hombros en el grupo control (sin maniobras terapéuticas) vs. 5 en el grupo profiláctico (RR= 0,44; IC 95%= 0,17-1,14) y el segundo reportó un caso de distocia de hombros en el grupo profiláctico y en el de posición de litotomía. Hubo significativamente más cesáreas en el grupo profiláctico (RR= 2,97; IC 95%= 1,59 - 5,55) y al incluirlas en el grupo de maniobras profilácticas disminuyó significativamente el riesgo de distocia de hombros (RR= 0,33; IC 95%= 0,12 - 0,86). Las maniobras profilácticas redujeron la necesidad de maniobras terapéuticas (RR= 0,31; IC 95%= 0,09-1,02) comparado con el grupo de no profilaxis. Solo un estudio reportó ausencia de lesiones en el neonato o Apgar bajo. En uno de los estudios hubo un solo caso de lesión del plejo braquial (RR= 0,44; IC 95%= 0,02-10,61) y un neonato con Apgar menor de 7 (RR= 0,44; IC 95%= 0,02-10,61). No hay evidencia clara para apoyar o refutar el uso de maniobras profilácticas para prevenir la distocia del hombro aunque un estudio mostró un aumento en la tasa de cesáreas en el grupo profiláctico. Los estudios incluidos no lograron evaluar resultados maternos importantes como trauma, resultados psicológicos y satisfacción con el nacimiento. Debido a la baja incidencia de la distocia de hombros, se requieren ensayos con muestras más grandes que investiguen el uso de tales maniobras (805).

Un estudio de cohorte incluyó 206.969 mujeres con parto vaginal mayor de 34 semanas e identificó 2.108 casos de distocia de hombros. Se evaluó la exposición a maniobras para la extracción del feto con distocia de hombros: Mc Roberts, presión suprapúbica, extracción del hombro posterior, Woods, Rubin, Zavanelli y la aparición de desenlaces adversos neonatales: parálisis de Erb y de Klumpke, fractura clavicular, fractura de húmero, encefalopatía hipóxica isquémica y muerte neonatal. Entre 132.098 mujeres con parto a término de feto vivo cefálico por vía vaginal, la incidencia de distocia de hombro fue de 1,5%, y en 101 (5,2%) de estos casos hubo lesiones neonatales. La extracción del hombro posterior se asoció con la tasa más

3

alta de parto vaginal en comparación con las otras maniobras (84,4% vs. 24,3% a 72,0% para otras maniobras; p <0,005 a <0,001) y tasas similares de lesión neonatal (8,4% vs. 6,1 a 14,0%, p= 0,23 a 0,7). El número total de maniobras tuvo correlación significativa con la tasa de incidencia de lesiones neonatales (p <0,001). La extracción del hombro posterior se debe considerar después de la maniobra de Mc Roberts y la presión suprapúbica en el manejo de la distocia de los hombros. La necesidad de maniobras adicionales se asoció con mayores tasas de lesiones neonatales (806).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia clínica para el tratamiento de la distocia de hombro es escasa y de baja calidad debido a la poca frecuencia de este fenómeno y las condiciones de emergencia en las que se produce. Hay discrepancias entre la efectividad de las maniobras descritas y el orden de aplicación de las mismas para resolver la distocia de hombros. Hay evidencia clara que apunta a que a mayor necesidad de maniobras para resolver esta situación, hay mayor riesgo de morbilidad para el neonato y la madre. La introducción de maniobras que impliquen cambios de posición o la manipulación fetal puede generar incertidumbre sobre la aplicación e implementación de las recomendaciones, según la habilidad, experiencia y condiciones locales de atención.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Se recomienda realizar la maniobra de Mac Roberts combinada con presión suprapúbica y episiotomía o la maniobra de Gaskin (posición sobre las 4 extremidades) para la resolución de la distocia de hombros.
D	Se sugiere realizar la maniobra de extracción del hombro posterior después de la maniobra de Mac Roberts combinada con episiotomía y presión suprapúbica para la resolución de la distocia de hombros.
√	Se recomienda el uso de las maniobras de Woods, Rubin y Zavanelli de acuerdo con el criterio clínico, habilidad, experiencia y recursos de quien atiende el parto y del sitio de atención.
√	La distocia de hombros conlleva riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La necesidad de dos o más maniobras para resolverla debe alertar al clínico y a la paciente sobre el aumento de la frecuencia de las complicaciones en la madre y en el neonato.

SECCIÓN 6. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO (HEMORRAGIA POSPARTO Y COMPLICACIONES DEL CHOQUE HEMORRÁGICO POR PLACENTA PREVIA, ABRUPCIO DE PLACENTA Y HEMORRAGIA POSPARTO).

PREGUNTAS PARA RESPONDER

1. ¿Cuáles son las intervenciones efectivas para prevenir la hemorragia posparto al finalizar el segundo período del parto?
2. ¿Cuál es la intervención más efectiva para prevenir la hemorragia posparto en una paciente sometida a cesárea?
3. ¿Cuáles son las intervenciones necesarias para disminuir el riesgo de hemorragia grave y complicaciones en mujeres con diagnóstico antenatal de acretismo placentario?
4. ¿Cuál es la intervención más efectiva para tratar la retención placentaria sin sangrado, después de manejo activo del alumbramiento?
5. ¿Se recomienda el uso profiláctico de antibióticos cuando se realiza revisión manual de la cavidad uterina?
6. ¿Cuáles son los criterios que determinan el inicio del manejo del choque hipovolémico?
7. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el manejo de la hemorragia posparto?
8. ¿Cuáles son las medidas más efectivas para la recuperación del volumen sanguíneo en el manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica?
9. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia por atonía uterina?
10. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia posparto por atonía uterina sin respuesta al manejo médico?
11. ¿Cuál es el mejor tipo de histerectomía indicada para el manejo de la hemorragia posparto?
12. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia posparto por acretismo placentario?
13. ¿Cuál es la intervención más efectiva para el manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta?
14. ¿Cuáles son las recomendaciones generales para el uso de hemoderivados en el tratamiento de la mujer con hemorragia obstétrica?
15. ¿Cuál es la indicación más efectiva para transfundir en ausencia de sangre “O” negativo?
16. ¿Cuáles son los aspectos logísticos a tener en cuenta en el manejo del choque hipovolémico por causa obstétrica?
17. ¿Cuál es la estrategia más efectiva para mejorar las habilidades del personal de salud en el manejo de la hemorragia obstétrica?
18. ¿Cuánto tiempo debe permanecer hospitalizada una paciente sin factores de riesgo en el posparto?

1. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSPARTO AL FINALIZAR EL SEGUNDO PERÍODO DEL PARTO?

La hemorragia posparto puede ser prevenida con intervenciones simples y económicas.

Resumen y descripción de la evidencia:

Una revisión sistemática realizada en el año 2.000 y actualizada en el 2.011 que incluyó siete ECC con 8.247 gestantes, encontró que el manejo activo del alumbramiento redujo el riesgo promedio de hemorragia primaria al momento del parto de más de 1.000 mL (RR= 0,34; IC 95%= 0,14-0,87) (807, 808). Los resultados también mostraron una reducción en la hemorragia de 500 mL o más, en la necesidad de transfusión y en el uso de uterotónicos terapéuticos. Asimismo, un incremento en la presión arterial y el vómito después del manejo activo.	1++
Una revisión sistemática que incluyó siete ECC con 5.800 pacientes comparó la profilaxis con oxitocina vs. no administrar uterotónicos. Los autores encontraron que la oxitocina redujo el riesgo de hemorragia posparto alrededor del 60% y la necesidad de uterotónicos terapéuticos alrededor del 50% (809).	1++
Una revisión sistemática que incluyó tres ECC con 1.671 pacientes evaluó el efecto de la administración de la oxitocina previa a la expulsión de la placenta comparado con la administración de oxitocina después de la expulsión de la placenta en relación con el manejo activo del alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto (810). No se encontraron diferencias significativas en la incidencia de hemorragia posparto (RR= 0,81; IC 95%= 0,62-1,04), placenta retenida (RR= 1,54; IC 95%= 0,76-3,11), duración del tercer período del parto (DM= -0,30; IC 95%= -0,95 a 0,36), pérdida de sangre (DM= 22,32 mL; IC 95%= -58,21 a 102,68), necesidad de transfusión sanguínea(RR= 0,79; IC 95%= 0,23-2,73), uso adicional de uterotónicos (RR= 1,10; IC 95%= 0,80-1,52) e incidencia de hemorragia posparto severa (RR=	1++

0,98; IC 95%= 0,48-1,98).

Una revisión sistemática que incluyó seis ECC con 9.332 pacientes evaluó la efectividad de la profilaxis con ergometrina-oxitocina comparada con oxitocina en el tercer período del parto para prevención de la hemorragia posparto (811). Se encontró que la combinación de ergometrina-oxitocina, oxitocina 5 UI y oxitocina 10 UI tiene eficacia similar en la prevención de la hemorragia posparto de más de 1.000 mL (combinación de ergometrina-oxitocina comparada con alguna dosis de oxitocina: OR=0,78; IC 95%= 0,58-1,03; combinación de ergometrina-oxitocina comparada con 5 UI de oxitocina: OR=0,14; IC 95%= 0,00-6,85; combinación de ergometrina-oxitocina comparada con 10 UI de oxitocina: OR= 0,78; IC 95%= 0,59-1,04). En la hemorragia posparto de mínimo 500 mL hubo una leve reducción en el riesgo con la combinación de ergometrina-oxitocina vs. otras dosis de oxitocina (OR= 0,82; IC 95%= 0,71-0,95). La reducción del riesgo fue mayor con el uso de dosis más bajas de oxitocina (combinación de ergometrina-oxitocina comparada con 5 UI de oxitocina: OR=0,43; IC 95%= 0,23-0,83; combinación de ergometrina-oxitocina comparada con 10 UI de oxitocina: OR= 0,85; IC 95%= 0,73-0,98). 1++

Una revisión sistemática que incluyó 32 ECC con 42.621 pacientes evaluó el papel de las prostaglandinas en la prevención de la hemorragia posparto (812). Se encontró que los uterotónicos inyectables convencionales fueron más efectivos que las prostaglandinas para la profilaxis rutinaria y que la investigación sobre prostaglandinas en el contexto de la hemorragia obstétrica debe focalizarse en el tratamiento más que en la prevención (RR= 1,32; IC 95%= 1,16-1,51). 1++

Una revisión sistemática que incluyó 4 ECC evaluó el efecto del misoprostol en la prevención de la hemorragia postparto (813). El estudio concluyó que el misoprostol no es tan efectivo en la prevención de la hemorragia posparto cuando se compara con la oxitocina en dosis de 10 UI por vía intravenosa (RR= 1,34; IC 95%= 1,16-1,55). 1++

Una revisión sistemática de 6 ECC con 3.941 pacientes evaluó el efecto de los alcaloides del cornezuelo del centeno en la prevención de la hemorragia posparto (814). Se encontró que el uso de estos agentes disminuyó la media de pérdida de sangre (DM= -83,03 mL; IC 95%= -99,39 a 66,66), así como la hemorragia posparto menor o igual a 500 mL (RR=0,38; IC 95%= 0,21-0,69) y el uso de uterotónicos terapéuticos (RR=0,25; IC 95%= 0,10-0,66). Los efectos adversos incluyeron elevación de la presión arterial y dolor después del parto que requirió analgesia.	1++
Una revisión sistemática enfocada en la efectividad del ácido tranexámico en la prevención de la hemorragia posparto incluyó dos ECC con 453 pacientes, comparando el uso de este agente (0,5 g y 1 g) con otros agentes o placebo en el tercer período del parto (815). La pérdida de sangre mayor a 400 mL fue menor en mujeres que recibieron ácido tranexámico por vía intravenosa después del parto vaginal o cesárea (RR=0,51; IC 95%= 0,36-0,72). A pesar de los resultados, los autores concluyeron que se requieren más estudios para confirmar la eficacia y seguridad del ácido tranexámico en el escenario de la prevención de la hemorragia posparto.	1++
Una revisión sistemática que incluyó cinco ECC con 1.163 pacientes evaluó la carbetocina como agente profiláctico para la prevención de la hemorragia posparto (816). La carbetocina fue comparada con oxitocina o combinación de ergometrina-oxitocina y placebo en mujeres con parto por vía vaginal y por cesárea. Se encontró que la carbetocina probablemente es tan efectiva como la oxitocina en la profilaxis del tercer período del parto, aunque esta conclusión no está fundamentada en datos objetivos ya que por la heterogeneidad de los ensayos incluidos tanto en diseño como en desenlaces no permitió la estimación combinada del efecto.	1+
Dos revisiones sistemáticas evaluaron el efecto del corte tardío del cordón umbilical como componente del manejo activo del alumbramiento en relación con desenlaces maternos y neonatales. Una de ellas que incluyó 29 ECC con 2.200	

recién nacidos a término y pretérmino, comparó el corte del cordón umbilical dentro de los 30 segundos después del nacimiento, con el corte después de los primeros 30 segundos (792). Sólo se encontraron diferencias en términos de la remoción manual de la placenta (RR= 0,45; IC 95%= 0,22-0,94). Entre los recién nacidos pretérmino se encontró un riesgo de hemorragia intraventricular menor que en los recién nacidos a término (RR= 0,52; IC 95%= 0,28-0,98). La segunda revisión que incluyó 11 ECC con 2.989 recién nacidos comparó el corte tardío (definido como el corte después del primer minuto del parto) con el corte antes del primer minuto (817). No se encontraron diferencias en relación con la hemorragia posparto (RR= 1,22; IC 95%= 0,96-1,55). Sin embargo, se encontró un incremento significativo en la necesidad de fototerapia por ictericia en los recién nacidos con corte tardío del cordón (RR=0,59; IC 95%= 0,38-0,92). De igual forma, hubo un incremento en los niveles de hemoglobina de los recién nacidos con corte tardío del cordón (DM=2,17g/dL; IC 95%= 0,28 a 4,06), aunque este efecto no persistió después de seis meses de seguimiento. 1++

Una revisión sistemática evaluó el efecto del masaje uterino en la prevención de la hemorragia posparto, identificando solo un ECC con 200 mujeres que comparó la realización del masaje uterino después del parto y antes de la expulsión de la placenta *vs.* no realizar ninguno de estos procedimientos (818). No se encontraron diferencias significativas en la pérdida de sangre de más de 500 mL (RR=0,52; IC 95%= 0,16-1,67), ni en los casos de placenta retenida. Se encontraron diferencias en la pérdida de sangre a los 30 minutos y 60 minutos en el grupo de masaje uterino (30 minutos: DM= -41,6 mL; IC 95%= -75,16 a -8,04. 60 minutos: DM= -77,40 mL; IC 95%= -118,7a -36,09). La necesidad de uterotónicos adicionales se redujo en el grupo del masaje uterino (RR= 0,20; IC 95%= 0,08-0,50). 1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia indica que el manejo activo del alumbramiento disminuye la pérdida de sangre materna y reduce el riesgo de hemorragia posparto de más de 1.000 mL al momento del parto. Así mismo, es claro que el agente de elección para el manejo activo del alumbramiento debe ser la oxitocina en una dosis de 5 UI o 10 UI; aunque la vía de administración más frecuentemente usada es la intramuscular, el GDG consideró importante sugerir la posibilidad de administrar la profilaxis con oxitocina por vía intravenosa cuando exista un acceso venoso permeable, dado que no hay evidencia que favorezca la vía intramuscular sobre la vía intravenosa.

La consideración del uso de otros agentes oxitócicos diferentes a la oxitocina, requiere de mayor evidencia que soporte su uso en la práctica diaria. El ácido tranexámico parece disminuir la pérdida de sangre después de parto vaginal y después de parto por cesárea. Estos resultados provienen de dos ensayos clínicos de calidad regular; por lo tanto, se requieren más estudios para confirmar la eficacia y seguridad de este agente en la prevención de la hemorragia posparto. La carbetocina como otro agente profiláctico, probablemente es igual de efectiva y con un perfil de seguridad similar a la oxitocina en el manejo profiláctico del tercer período del parto. Aunque el misoprostol no es tan efectivo como la oxitocina para la prevención de la hemorragia posparto, puede ser usado cuando la oxitocina no esté disponible.

El efecto específico del masaje uterino con uterotónicos o sin estos en la prevención de la hemorragia posparto, requiere más ensayos con mayor número de participantes para evaluar su eficacia en estos casos. Por otra parte, retrasar el corte del cordón umbilical por al menos dos o tres minutos, parece no incrementar el riesgo de hemorragia posparto. Para niños nacidos a término, retrasar el corte del cordón umbilical tiene beneficios clínicos limitados, sin incrementar las complicaciones maternas. En partos pretérmino, el retraso del corte del cordón umbilical reduce significativamente la hemorragia intraventricular. Aunque el corte tardío puede ser ventajoso para los niños porque mejora

su nivel de hierro, particularmente en niños donde el acceso a una buena nutrición es pobre, podría incrementar el riesgo de ictericia y la necesidad de fototerapia.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

A (↑)	Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia posparto.
A	Se recomienda utilizar de forma rutinaria oxitócicos profilácticos en el manejo del alumbramiento en todas las mujeres.
A	Se recomienda la administración de oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
√	Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 mL de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
A	Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
A	No se recomienda el uso de ácido tranexámico para la prevención de la hemorragia posparto.
A	Se recomienda ligar y cortar el cordón umbilical entre el segundo y el tercer minuto después del nacimiento en todos los recién nacidos de término y pretérmino que nazcan vigorosos.

2. ¿CUÁL ES LA INTERVENCIÓN MÁS EFECTIVA PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSPARTO EN UNA PACIENTE SOMETIDA A CESÁREA?

Aún en el escenario de una cesárea, es necesario implementar intervenciones para la prevención de la hemorragia posparto. El parto por cesárea tiene riesgos inherentes para la ocurrencia de una hemorragia posparto adicional a la pérdida de sangre propia del procedimiento quirúrgico.

Resumen y descripción de la evidencia:

Cuatro ECC que incluyeron un total de 1.155 mujeres evaluaron diferentes uterotónicos para la profilaxis en mujeres con parto por cesárea (819-822). Se encontró que la oxitocina 5 UI por vía intravenosa lenta, es la opción recomendada por su disminución de la pérdida sanguínea y la reducción de la necesidad de uterotónicos adicionales (RR=2,1; IC 95%= 1,4-3,0). Así mismo se encontró que una

dosis de carbetocina es al menos tan efectiva como la oxitocina en infusión en la reducción de la pérdida de sangre (RR= 2,03; IC 95%= 1,1-2,08), pero su uso rutinario no se recomienda actualmente por ser más costosa y por ser aún escasa la información. Se concluyó que el uso de la carbetocina parece asociarse a una disminución en el uso de oxitócicos adicionales, pero no con la disminución de la incidencia de hemorragia posparto (RR= 0,74; IC 95%= 0,57-0,95). 1++

Tres ECC que incluyeron 155 pacientes compararon los diferentes regímenes de dosificación de la oxitocina en la prevención de la hemorragia posparto en mujeres sometidas a cesárea (823-825). Se encontró que las dosis actuales (siendo estas 5 y 10 UI) pueden ser más altas que la dosis efectiva necesaria para prevenir la hemorragia (DE=90%, 0,29 UI por minuto; IC 95%= 0,15 UI-0,43 UI por minuto). De igual forma, la evidencia demuestra que dosis altas están asociadas con alteraciones hemodinámicas en las gestantes (FC= +28 Lat vs. + 52 Lat; p<0,001; PAM: -33 mmHg vs. -30 mmHg p<0,001). 1++

Cuatro ECC que incluyeron 2.995 pacientes evaluaron los efectos de la infusión continua de oxitocina en un tiempo de cuatro horas después de una dosis inicial de 5 UI (826-829). Se encontró disminución en el uso de uterotónicos adicionales (RR= 0,61 IC 95%= 0,48-0,78), mejoría de la contracción uterina inicial (DP= 2,8 vs. 2,2 p<0,01), y reducción de la pérdida de sangre (RR= 0,35; IC 95%= 0,20-0,63); no se encontró alteración de los parámetros hemodinámicos de las mujeres sometidas a cesárea. 1++

Tres ECC que incluyeron 500 pacientes evaluaron la efectividad del misoprostol en diferentes dosis y por diferentes vías para la prevención de la hemorragia posparto (830-832). Se encontró que en dosis de 200 mcg u 800 mcg por vía intrarectal, intrauterina o sublingual, el misoprostol tiene un efectividad similar a la oxitocina en la disminución de la pérdida de sangre (608,91 mL vs. 673,9 mL; p= 0,048) y en la disminución de uterotónicos adicionales (34% vs. 14%; p= 0,032). Sin embargo, los 1++

autores subrayan que se requieren nuevos ensayos con poblaciones más grandes con el fin de confirmar los hallazgos obtenidos.	
Un ECC que incluyó 90 mujeres sometidas a cesárea evaluó la efectividad del ácido tranexámico vs. placebo para la prevención de la hemorragia posparto (833). En dosis de 1 g por vía intravenosa se encontró una reducción de la pérdida de sangre (28,02 mL vs. 37,12 mL; p= 0,000).	1++
Un ECC que incluyó 377 mujeres evaluó la efectividad de la carbetocina como agente profiláctico para la prevención de la hemorragia posparto (834). Se administró 100 mcg de carbetocina y se comparó con 5 UI de oxitocina por vía intravenosa. Los resultados mostraron que un mayor número de mujeres requirieron oxitócicos adicionales en el grupo de oxitocina, (RR= 0,74; IC 95%= 0,57-0,95).	1++
Un ECC que incluyó 104 pacientes, comparó una dosis de 100 mcg de carbetocina vs. 10 UI de oxitocina en infusión de dos horas (835). El promedio de sangre perdida después de la administración de carbetocina fue 30 mL menos que después de la administración de oxitocina y el porcentaje de pacientes con pérdida de sangre menor de 500 mL fue mayor en el grupo con carbetocina (81% vs. 55%; p= 0,05).	1+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Aunque no se encontraron revisiones sistemáticas que evaluaran el efecto de la administración profiláctica de oxitócicos en mujeres sometidas a cesárea, la evidencia constituida por ensayos clínicos de buena calidad indica que la oxitocina es el agente de elección para la prevención de la hemorragia posparto en estas mujeres. Algunos estudios han subrayado que la dosis actualmente utilizada puede ser más alta que la necesaria para lograr el efecto deseado, y por tanto, estas dosis podrían producir cambios hemodinámicos importantes en la mujer. De igual forma, la evidencia demuestra que la infusión de una dosis baja de oxitocina después de una dosis inicial, reduce la necesidad de uterotónicos adicionales en cesárea, pero no afecta la ocurrencia general de

hemorragia obstétrica mayor. Lo que es claro con la evidencia actual, es que la adición de una infusión de oxitocina en pacientes sometidas a cesárea electiva, no afecta los parámetros hemodinámicos maternos, ni durante, ni después de la cirugía.

Al parecer, la carbetocina puede ser tan efectiva como la oxitocina en la reducción del sangrado después de parto por cesárea y en el uso de uterotónicos adicionales, no así para la hemorragia mayor de 500 mL. La ventaja que ofrece la carbetocina es la dosis única y no tener que utilizar infusiones adicionales. Recientemente, la Comisión de Regulación en Salud, publicó un estudio de efectividad, seguridad y análisis económico de la carbetocina versus la oxitocina en la prevención de la atonía uterina y hemorragia posparto de mujeres sometidas a cesárea. La conclusión del análisis económico indica que el uso de carbetocina resulta 70 veces más costoso en comparación con la oxitocina. Por lo tanto, no se puede emitir un concepto de favorabilidad o no favorabilidad para el uso de carbetocina en la prevención de la hemorragia posparto en mujeres sometidas a cesárea (836).

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, la administración de un bolo de 5 UI de oxitocina diluidas en cristaloides por vía IV en un tiempo no inferior a 3 minutos, inmediatamente se extraiga el bebé.
A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de oxitocina en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de oxitocina.

3. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES NECESARIAS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE HEMORRAGIA GRAVE Y COMPLICACIONES EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE ACRETISMO PLACENTARIO?

El acretismo placentario conlleva un riesgo potencial de hemorragia posparto. El diagnóstico temprano de esta condición y la planeación de la atención de la mujer, son vitales para evitar desenlaces críticos tanto maternos como fetales.

Resumen y descripción de la evidencia:

Ocho series de casos que incluyeron 36 mujeres se enfocaron en las intervenciones con radiología profiláctica en forma de oclusión con balón o embolización de arterias pélvicas en relación con desenlaces como pérdida de sangre, tiempo en unidad de cuidados intensivos, requerimientos de transfusión y necesidad de histerectomía (837-843). Tres de estas series sugieren que la intervención radiológica profiláctica es benéfica, mientras que una de ellas no encontró beneficios.	3
Una serie de casos de 11 pacientes a quienes se les practicó oclusión bilateral de la arteria iliaca interna para el manejo de la placenta acreta reportó un 39,4% de disminución en la pérdida de sangre intraoperatoria y un 52,1% menos de sangre transfundida en comparación con 14 mujeres a quienes no se les realizó del procedimiento (844).	3
Una serie de casos con 167 mujeres mostró que dejar la placenta en su sitio, parcial o totalmente, sin intento de removerla, se asoció con al menos un beneficio en 131 mujeres (845). La resorción espontánea de la placenta ocurrió en 87 casos con un tiempo promedio desde el inicio del trabajo de parto de 13,5 semanas.	3

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La placenta anormalmente adherida está asociada con eventos adversos como hemorragia y mortalidad. La incidencia parece estar en aumento y ha sido asociada al aumento de las cesáreas, particularmente en cesárea repetida. La técnica del ultrasonido resulta importante para realizar el diagnóstico antenatal de inserción anormal de la placenta y la planeación de la atención del parto. Dejar la placenta en el útero después del parto a través de la incisión clásica del fondo uterino, puede permitir un procedimiento con muy poca pérdida de sangre. Dejar la placenta acreta in situ parece ser una alternativa segura a removerla. El tratamiento conservador para la placenta acreta puede ayudar a las mujeres a evitar una histerectomía y presenta bajas tasas de morbilidad materna cuando

se realizan en instituciones con los equipos y recursos adecuados. El GDG consideró que el ultrasonido con Doppler debe ser realizado por personal calificado, buscando identificar al máximo la localización y el grado de inserción de la placenta. Así mismo, se consideró importante que estas ecografías se realicen en una edad gestacional donde haya viabilidad fetal para mejorar los desenlaces maternos y fetales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

D	En pacientes con factores de riesgo para acretismo placentario, se recomienda realizar un ultrasonido con Doppler placentario por personal calificado para identificar la localización y el grado de inserción de la placenta.
√	Se recomienda que el ultrasonido con Doppler se realice a una edad gestacional por encima del límite de viabilidad fetal.
D	Si se diagnostica acretismo placentario, se recomienda planear la atención del parto por un equipo multidisciplinario apropiado para el manejo de la condición específica de la paciente, en una institución que cuente con las ayudas diagnósticas pertinentes, con disponibilidad de glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitado, y el acceso a una unidad de cuidados intensivos.
D	No existe evidencia suficiente para recomendar o rechazar la oclusión profiláctica con balones de insuflación en las arterias hipogástricas en pacientes con acretismo placentario.

4. ¿CUÁL ES LA INTERVENCIÓN MÁS EFECTIVA PARA TRATAR LA RETENCIÓN PLACENTARIA SIN SANGRADO, DESPUÉS DE MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO?

Aún con el manejo activo del alumbramiento, la placenta puede no desprenderse de forma espontánea. Si esta situación se presenta sin sangrado, algunas intervenciones pueden ser más efectivas antes de proceder a la extracción manual para evitar la hemorragia postparto.

Resumen y descripción de la evidencia:

Un ECC que incluyó 50 pacientes con placenta retenida comparó el sulprostone vs. placebo (846). El ensayo fue suspendido antes de alcanzar el tamaño de muestra propuesto y el sulprostone fue dado al resto de las mujeres incluidas. Con los datos | 1-

preliminares se encontró una reducción del riesgo de remoción manual de la placenta (RR=0,51; IC 95%= 0,34-0,86) y un incremento del riesgo en la transfusión de sangre en el grupo de sulprostone (RR= 2,26; IC 95%= 1,14-4,12).

Una revisión sistemática que incluyó 15 ECC con 1.704 mujeres evaluó la inyección por vena umbilical de agentes para el manejo de la placenta retenida, como solución salina sola, oxitocina más solución salina, oxitocina más solución salina más expansor de plasma y prostaglandina más solución salina (847). La solución salina sola no mostró diferencias significativas en la remoción manual de la placenta (RR=0,99; IC 95%= 0,84-1,16). La oxitocina más solución salina comparada con manejo expectante, no mostró reducción en la necesidad de remover manualmente la placenta (RR=0,87; IC 95%=0,74-1,03). La oxitocina más solución salina comparada con solución salina sola mostró una reducción en la remoción manual, reducción que no fue estadísticamente significativa (RR=0,91; IC 95%= 0,82-1,00). La oxitocina más solución salina comparada con expansor de plasma no mostró diferencias significativas (RR= 1,34; IC 95%= 0,97-1,85). La prostaglandina más solución salina comparada con solución salina sola fue asociada con una reducción significativa en la incidencia de remoción manual de la placenta (RR 0,42; IC95%= 0,22-0,82). La prostaglandina más solución salina comparada con oxitocina más solución salina mostró una reducción significativa en la remoción manual de la placenta (RR=0,43; IC 95%= 0,25-0,75). También se observó una reducción del tiempo entre la inyección y la expulsión de la placenta (DM= -6,00; IC 95%= -8,78--3,22). 1++

Una revisión sistemática con un ECC y 24 mujeres comparó el uso de tocolíticos solos o en combinación con otros uterotónicos con no intervención u otras intervenciones en el manejo de la placenta retenida después que el tratamiento con oxitocina falló (848). Los datos sugieren una reducción en la necesidad de remoción manual de la placenta (RR= 0,04; IC 95%= 0,00-0,66), así como una 1++

reducción de la pérdida de sangre durante el alumbramiento (DM= -262,5 mL; IC 95%= -364,95 a -160,05).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Aunque se ha propuesto la inyección de oxitocina con solución salina por la vena umbilical mientras se espera la expulsión de la placenta, la evidencia muestra que su uso tiene poco o ningún efecto. La inyección por la vena umbilical de prostaglandinas requiere de investigaciones adicionales, aunque los resultados de dos ensayos clínicos evidencian un impacto en la disminución de remoción manual de la placenta.

El consenso de expertos de la Guía de práctica clínica para el manejo de la hemorragia posparto y placenta retenida publicada por la OMS (38), no halló evidencia que soportara el uso de uterotónicos para el manejo de la placenta retenida sin sangrado. Sin embargo, este grupo recomendó la administración de una nueva dosis de oxitocina y realizar un nuevo intento de extracción por tracción controlada. Ante esto, el GDG junto con el grupo de expertos consultados consideró importante subrayar que no se debe mantener de forma persistente la tracción controlada del cordón y que es suficiente una sola tracción para procurar la extracción de la placenta retenida, como coadyuvante a la administración de la oxitocina.

Así mismo, dadas las condiciones geográficas y la atención por niveles establecidas en el sistema de salud, es aconsejable diferenciar el manejo por niveles de atención. Para el primer nivel resulta importante no intentar más de una sola tracción y una dosis adicional de oxitocina. En su defecto, es recomendable iniciar una infusión de oxitocina y remitir a la paciente a un nivel superior, donde se pueda garantizar un manejo adecuado. El GDG también consideró que la extracción manual debe realizarse en una institución que cuente con los recursos necesarios para atender cualquier complicación derivada de un posible acretismo placentario.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

D	Si después de 30 minutos de haber realizado el manejo activo del alumbramiento, la placenta no se expulsa de forma espontánea, se recomienda administrar 10 UI de oxitocina intramuscular o intravenosa, en combinación con la tracción controlada del cordón umbilical.
√	Se recomienda una única tracción luego de la administración de esta dosis de oxitocina.
√	Si la atención de la mujer se está realizando en un primer nivel de atención y la placenta no se desprende con el manejo anterior, se recomienda iniciar la infusión de 20 UI de oxitocina en 500 mL de cristaloides a 60 mL/hora (40 miliunidades/min) y remitirla.
B	Si la atención de la mujer se está realizando en instituciones de segundo y tercer nivel y la placenta no se desprende en 30 minutos después de administrar la segunda dosis de oxitocina, se recomienda como alternativa a métodos invasivos, la inyección en la vena umbilical con técnica aséptica de 800 mcg de misoprostol disueltos en 30 c.c. de solución salina.
A	No se recomienda la inyección de oxitocina o solución salina por vena umbilical para el manejo de la placenta retenida.
√	Si después de la realización de las maniobras antes descritas para el manejo de la placenta retenida sin sangrado, no hay respuesta, se recomienda hacer la extracción manual teniendo presente el riesgo potencial de un acretismo.

5. ¿SE RECOMIENDA EL USO PROFILÁCTICO DE ANTIBIÓTICOS CUANDO SE REALIZA REVISIÓN MANUAL DE LA CAVIDAD UTERINA?

La cavidad uterina se considera estéril. No se debe menospreciar el riesgo de infección cuando se realizan procedimientos como la extracción de la placenta o la revisión de la cavidad y se debe considerar si la profilaxis antibiótica es un procedimiento indicado en estas mujeres.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Una revisión sistemática enfocada en estudios de profilaxis antibiótica después de extracción manual de la placenta, no encontró ensayos clínicos centrados en este tema (849). No se encuentra evidencia de alta calidad para el uso de antibióticos profilácticos.	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El consenso de expertos de la guía de práctica clínica para el manejo de la hemorragia posparto y placenta retenida de la OMS (38), recomendó el uso de cefalosporina de primera generación basados en evidencia indirecta de estudios realizados en mujeres sometidas a cesárea y de estudios de mujeres con aborto. El GDG consideró la necesidad

de incluir otra posibilidad antibiótica en los casos de alergia documentada, así como la importancia de contar con un perfil microbiológico que apoye de forma más segura la elección del antibiótico a utilizar.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

D	Se recomienda administrar dosis única parenteral de cefalosporina de primera generación inmediatamente antes de iniciar la extracción manual de la placenta.
√	En caso de alergia documentada a los betalactámicos, se recomienda administrar clindamicina más gentamicina en dosis única.
√	En las instituciones que cuenten con perfil microbiológico, se recomienda elegir el antibiótico de acuerdo con dicho perfil.

6. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS QUE DETERMINAN EL INICIO DEL MANEJO DEL CHOQUE HIPOVOLÉMICO?

El choque hipovolémico es una de las principales complicaciones de la hemorragia obstétrica. Es indispensable saber bajo qué criterios clínicos se deben iniciar las medidas de resucitación.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Una revisión de tema acerca del manejo del choque hipovolémico en pacientes con trauma indica que los principios del manejo y el tratamiento deben ser bien conocidos y entendidos. Esto incluye el reconocimiento de signos de hipoperfusión a órganos vitales como hipotensión, taquicardia, entre otros (850).	4

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia narrativa retoma los signos de choque hipovolémicos de la clasificación clásica de Baskett (850), enfatizando dos aspectos importantes: en primer lugar, debido al aumento del volumen plasmático que ocurre en la mujer durante el embarazo, cualquier porcentaje de pérdida representa para la gestante un volumen mayor que en la mujer no embarazada. En segundo lugar, se debe tener en cuenta que las alteraciones del pulso y la presión arterial son tardíos en la mujer embarazada, por lo tanto, el estado de conciencia

y la perfusión deben ser evaluados inicialmente. El GDG consideró que el estado de choque lo establece el peor parámetro encontrado después de evaluar a la mujer con hemorragia posparto.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

D	Se recomienda para la identificación del grado del choque, la evaluación de los siguientes parámetros clínicos: • Sensorio (estado de conciencia). • Perfusión (color de la piel, temperatura de la piel y llenado capilar). • Pulso. • Presión arterial.
D	Se recomienda clasificar el grado del choque e iniciar el manejo con el peor parámetro clínico encontrado.

7. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO?

La hemorragia posparto puede presentarse aún después de realizar el manejo activo del alumbramiento. Debe ser controlada rápidamente mediante la aplicación oportuna, organizada y adecuada de un conjunto de tareas e intervenciones pertinentes.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Un estudio descriptivo con una población de 103 participantes entre enfermeras, obstetras, anestesiólogos y auxiliares de enfermería, reconoce la estimación visual como un método para determinar la pérdida de sangre y facilitar la resucitación temprana, minimizando el riesgo de coagulación intravascular diseminada y reduciendo la severidad del choque hemorrágico (851).	3
En un estudio descriptivo con 62 pacientes se encontró que el promedio de pérdida de sangre estimada fue significativamente menor que el media de pérdida de sangre medida por algún método objetivo. Estos hallazgos mostraron que la estimación visual de pérdida de sangre puede resultar inadecuada (852).	3

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

No se encontró evidencia relacionada con la eficacia de intervenciones específicas o procedimientos para el manejo de la hemorragia posparto. Para el manejo práctico de la hemorragia posparto se deben considerar al menos cuatro componentes: la comunicación con todos los profesionales relevantes, la resucitación, el monitoreo e investigación de la causa del sangrado y las medidas para contrarrestar el sangrado. Estos componentes deben ser iniciados simultáneamente para brindar un cuidado óptimo. Es importante tener presente que una hemorragia menor puede fácilmente progresar a una hemorragia mayor y algunas veces, no ser reconocida. Así mismo, es fundamental alertar tempranamente al grupo de profesionales pertinente para el manejo de la hemorragia posparto. La comunicación con la paciente, su compañero y/o demás familiares es importante, brindando información oportuna y clara de lo que está sucediendo en cada momento de la atención.

El GDG consideró importante definir una forma estandarizada de activar el protocolo de atención y adoptar el nombre de código rojo obstétrico para nombrarlo. Así mismo, es importante reorganizar las acciones de intervención ante una mujer con hemorragia posparto, teniendo en cuenta las consideraciones de la GPC del *Royal College of Obstetrics and Gynecology* (39). Es indispensable estructurar un enfoque de ABC que permita además de la resucitación, la identificación de otros problemas. La urgencia y las medidas instauradas para la resucitación y el control de la hemorragia necesitan estar en la medida del grado del choque. Debe administrarse oxígeno en altas concentraciones sin tener en cuenta la concentración del oxígeno materno. Usualmente los niveles de conciencia y el control de la oxigenación mejoran rápidamente una vez el volumen de circulación es restaurado.

Por otra parte, es indispensable establecer dos accesos venosos de buen calibre y tomar muestras de sangre para optimizar el manejo y la necesidad de terapia transfusional. Los componentes principales de la resucitación durante la hemorragia posparto son la

restauración del volumen de sangre y la capacidad de transportar oxígeno. El reemplazo de volumen debe ser llevado a cabo sobre la base de que la pérdida de sangre es, a menudo, subestimada (851, 852). El cuadro clínico debe ser el principal determinante de la necesidad y urgencia de la transfusión de hemoderivados y no se debe perder el tiempo esperando los resultados de laboratorio (853, 854). El reemplazo de fluidos y el uso de hemoderivados deben ser estrictamente monitoreados y la cantidad administrada debe ser informada periódicamente por el profesional que lidera esta actividad.

Una vez que el sangrado está bajo control, se debe considerar transferir a la mujer a una unidad de cuidados intensivos o a una unidad de cuidados intermedios, dependiendo de la severidad del sangrado. Es necesario el monitoreo médico continuo y el registro de los parámetros en el tiempo sugerido en formatos preestablecidos, los cuales darán a los profesionales que intervienen en el manejo de la mujer, señales visuales adecuadas sobre su evolución clínica.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

C (↑)	Se recomienda que cuando se diagnostique hemorragia posparto con cualquier grado de choque, se active el protocolo de código rojo obstétrico que incluya simultáneamente acciones en cuatro áreas de intervención: comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa y control del sangrado.
√	En la hemorragia posparto con signos de choque, se recomiendan las siguientes medidas: • Alertar al personal de salud entrenado en código rojo obstétrico. • Asignar a un miembro del equipo, el registro de los procedimientos realizados, la administración de líquidos, medicamentos y signos vitales; idealmente en formato preestablecido. • Garantizar la disponibilidad de hemoderivados, alertar al laboratorio y activar el sistema de referencia. • Evaluar sistema respiratorio. • Administrar oxígeno suplementario con máscara con bolsa reservorio mínimo a 10 litros por minuto. En ausencia de máscara, suministrar oxígeno con cánula nasal a 3 litros por minuto o sistema venturi 35-50%. • Se debe mantener oximetría de pulso por encima del 95%. • Garantizar al menos dos accesos venosos permeables de buen calibre. Se recomienda al menos uno con catéter N° 14 o N° 16. • Realizar la toma de muestra de sangre para hemograma completo, pruebas cruzadas, pruebas de coagulación incluido fibrinógeno, pruebas de función renal, pruebas de

	función hepática y gases arteriales. • Iniciar y continuar infusión de cristaloides calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg y llenado capilar < 5 seg con bolos de 500 mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado. • Inserción de sonda Foley para monitorear volumen urinario. • Mantener caliente a la paciente cubriéndola con mantas y en posición supina. • Valoración y registro cada 15 minutos del pulso, presión arterial y frecuencia respiratorio una vez estabilizada la paciente. • Una vez estabilizada la paciente, remitir a un nivel de mayor complejidad que garantice la atención adecuada. • Documentación de los procedimientos, balance de líquidos y hemoderivados transfundidos.

8. ¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS MÁS EFECTIVAS PARA LA RECUPERACIÓN DEL VOLUMEN SANGUÍNEO EN EL MANEJO DEL CHOQUE HIPOVOLÉMICO POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA?

Uno de los principales objetivos en el manejo del choque hipovolémico es el reemplazo del volumen circulante. Es indispensable conocer los fluidos y la forma correcta de su administración para la reposición del volumen perdido.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Una revisión sistemática que incluyó 38 ECC con un total de 10.842 pacientes evaluó el uso de la albúmina en la recuperación del volumen de pacientes críticamente enfermos (855, 856). La mortalidad se estimó en un 18%. El riesgo estimado de mortalidad con la administración de albúmina fue 1,05 (IC 95%= 0,95-1-16).	1++
Una revisión sistemática de 65 ECC con 11.549 pacientes, comparó la efectividad de los cristaloides y los coloides en la resucitación y recuperación del volumen circulante en pacientes críticamente enfermos (856, 857). El riesgo de muerte para las diferentes intervenciones comparadas fue el siguiente: 23 ensayos compararon albúmina o fracción proteica en plasma (RR= 1,01; IC 95%= 0,92-	1++

1,10); 17 ensayos compararon hidroxietil almidón (*Hydroxyethyl starch*) (RR= 1,18; IC 95%= 0,96-1,44); 11 ensayos compararon gelatina modificada (RR= 0,91; IC 95%= 0,49-1,72); nueve ensayos compararon dextrano (RR=1,24; IC 95%= 0,94-1,65), ocho ensayos compararon dextrano en cristaloides hipertónicos (RR= 0,88; IC 95%= 0,74-1,05). Una revisión sistemática que incluyó 23 ensayos clínicos y 3.212 pacientes evaluó el uso de 11 diferentes vasopresores en el manejo del choque hipovolémico (858). No se encontraron diferencias en términos de la mortalidad (RR=0,95; IC 95%= 0,87-1,03); sin embargo, fueron observadas más arritmias en los pacientes tratados con dopamina cuando se compararon con norepinefrina (RR=0,43; IC 95%= 0,26-0,69).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia identificada es clara en indicar que no existen diferencias en la recuperación del volumen circulante con cristaloides o coloides, incluida la albúmina. Sin embargo, el uso de la albúmina y de coloides para el manejo de la hemorragia posparto no se recomienda ya que el manejo del choque hipovolémico puede no diferir entre pacientes con condiciones específicas y variadas y por lo tanto, en una mujer en posparto, el riesgo de muerte con la administración de coloides puede ser similar al reportado en otro tipo de pacientes de acuerdo a la evidencia de los estudios revisados.

Aunque no existe evidencia de la cantidad de volumen a transfundir, la GPC del Royal College (39) propone un volumen total de 3,5 litros. El GDG y el grupo de expertos consultados consideró que iniciar con volúmenes altos sin hacer una medición frecuente de los cambios en los parámetros clínicos, puede acarrear consecuencias en la recuperación de la mujer con choque hipovolémico; por este motivo, se sugirió la evaluación cada cinco minutos de la respuesta a la infusión de cristaloides para determinar la continuidad en la infusión de los mismos.

Existe evidencia de cifras similares de mortalidad con el uso de norepinefrina y dopamina como vasopresores. La dopamina parece incrementar el riesgo de arritmias. Probablemente la elección de un vasopresor en pacientes con choque no influye sobre el resultado más allá del efecto mismo del vasopresor. Ante esta evidencia, el GDG consideró que se pueden utilizar vasopresores una vez se halla verificado una adecuada reposición de volumen y un control adecuado del sitio del sangrado, pero sin que su uso retrase la implementación de otras medidas o una remisión a un nivel de mayor complejidad. Seleccionar uno u otro vasopresor dependerá de la disponibilidad de los mismos, de la vía de acceso disponible para su administración y del entrenamiento del personal que lo vaya a utilizar.

La utilización de vasopresores por accesos periféricos tiene riesgo de extravasación y necrosis, por lo tanto lo ideal es administrarlos a través de un acceso central, así entonces, su uso quedaría reservado para niveles de complejidad mayor al primero.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

√	Se recomienda iniciar infusión de cristaloides calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, llenado capilar < 5 seg, pulso radial presente y presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg con bolos de 500 mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.
√	Se recomienda utilizar soporte vasopresor si la paciente continúa con inestabilidad hemodinámica después de la reposición de volumen y control del sitio de sangrado. La selección del vasopresor dependerá de los medicamentos y la vía de acceso disponibles.

9. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POR ATONÍA UTERINA?

La atonía uterina es la principal causa de hemorragia posparto. El enfoque del manejo inicial debe estar encaminado a revertir la ausencia de tono a través de mecanismos mecánicos y farmacológicos, previo al uso de métodos quirúrgicos.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Una revisión sistemática de 3 ECC con 462 pacientes evaluó diferentes medidas para el tratamiento de la hemorragia postparto con misoprostol (859). Dos ensayos compararon misoprostol 600 mcg y 1.000 mcg vs. placebo. El uso del misoprostol no se asoció con una reducción significativa en la mortalidad materna (RR=7,24; IC 95%= 0,38-138,6), la indicación de histerectomía (RR= 1,24; IC 95%= 0,04-40,78), el uso adicional de uterotónicos (RR= 0,98; IC 95%= 0,78-1,24), la necesidad de transfusión de sangre (RR= 1,33; IC 95%= 0,81-2,18) y la evacuación de productos retenidos (RR= 5,17; IC 95%= 0,25-107). Un ensayo mostró mejor respuesta clínica al misoprostol rectal comparado con una combinación de syntometrina y oxitocina. No se encontraron ensayos con técnicas quirúrgicas, intervenciones radiológicas o drogas hemostáticas para manejo después de uterotónicos.	1++
Dos series de casos que incluyeron 263 pacientes relacionadas con la efectividad del carboprost frente a otros agentes uterotónicos mostraron éxito en el control de la hemorragia posparto (860, 861).	3
Una revisión sistemática que incluyó 3 ECC con 122 pacientes evaluó el uso del misoprostol en el tratamiento de la hemorragia posparto, así como su vía y dosis óptima (862). Las vías de administración potenciales para el misoprostol incluyen la oral, la sublingual, la rectal o una combinación de estas. La dosis por vía oral no puede exceder los 600 mcg por el riesgo de hiperpirexia. Un régimen de 200 mcg oral más 200 a 400 mcg sublingual o rectal, parecieran ser buenas opciones. Para la pérdida de sangre de 500 mL o más, el riesgo relativo del misoprostol comparado con placebo fue 0,57 (IC 95%= 0,34-0,96).	1+
Un ECC que incluyó 1.422 mujeres con parto por vía vaginal y diagnóstico de hemorragia posparto por atonía uterina evaluó la efectividad de 600 mcg de misoprostol en adición a la oxitocina comparados con placebo (863). La proporción de mujeres con pérdidas de sangre superiores a los 500 mL o más en 60 minutos fue	

similar en ambos brazos (RR=1,02; IC 95%= 0,79-1,32).	1++
Dos ECC con 1.787 mujeres compararon el misoprostol en dosis de 800 mcg como medicamento de primera línea vs. la infusión de 40 UI de oxitocina en el tratamiento de la hemorragia posparto (864, 865) En el primer estudio el sangrado fue controlado 20 minutos posterior al inicio del tratamiento asignado en 363 mujeres del grupo de misoprostol y 360 del grupo de oxitocina (RR= 0,99; IC 95%= 0,95-1,04). En el segundo ensayo se encontraron cifras de 440 mujeres del grupo de misoprostol y 468 mujeres del grupo de oxitocina para el mismo desenlace (RR= 0,94; IC 95%= 0,91-0,98).	1++
Un ECC que incluyó 144 mujeres en las que se administró 4 g de ácido tranexámico en una hora y luego infusión de 1 g por hora por seis horas, comparado con placebo, evaluó a este medicamento como alternativa en el tratamiento de la hemorragia posparto (866). La pérdida de sangre fue menor en el grupo del ácido tranexámico (173 mL vs. 221 mL; p= 0,041).	1++
Un ensayo clínico en el que participaron 1.964 mujeres con parto por vía vaginal evaluó el masaje uterino solo vs. la administración de 10 UI de oxitocina por vía IM vs. la combinación de ambas intervenciones (867). La frecuencia de pérdida igual o superior a 300 mL de sangre fue mayor en el grupo de masaje solo vs. la combinación de masaje y oxitocina (RR=1,88; IC 95%= 1,29-2,74) o con la oxitocina sola (RR= 1,71; IC 95%= 1,11-2,61).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La atonía uterina es la causa más común de hemorragia posparto. El tratamiento debe estar acompañado por un examen clínico cuidadoso para comprobar que el útero en efecto está atónico y que las otras fuentes de sangrado, tales como traumas y laceraciones genitales o inversión uterina, han sido excluidas.

La compresión uterina bimanual y el vaciamiento de la vejiga para estimular la contracción uterina, representan la primera línea de manejo de la hemorragia posparto, así como la compresión de la aorta que, como medida temporal pero efectiva, permite lograr tiempo en la resucitación con la reposición de volumen y en la elección del soporte quirúrgico apropiado. Aunque no existen estudios publicados que provean evidencia para estas intervenciones, el consenso de expertos de la guía del Royal College (39) y de la guía de la OMS (38), soportan la continuidad de su uso.

La evidencia no muestra que la adición de misoprostol sea superior a la combinación de oxitocina y ergometrina sola para el tratamiento de la hemorragia posparto primaria. La oxitocina es preferida especialmente en mujeres con hipertensión previa o preeclampsia. Los resultados de ensayos clínicos muestran que el uso de una dosis de 800 mcg de misoprostol parece ser tan efectiva como la oxitocina cuando se usa para detener el sangrado posparto por sospecha de atonía uterina en mujeres que han recibido oxitocina profiláctica.

El consenso de expertos de la guía del Royal College (39) sugiere una dosis no mayor a 5 UI de oxitocina por vía intravenosa lenta, ya que tal recomendación está en concordancia con las guías de otras organizaciones. El GDG consideró importante adicionar una infusión de oxitocina que permita mejorar las contracciones uterinas y así lograr disminuir la hemorragia posparto. Por otra parte, no consideró útil la inclusión de una recomendación para apoyar el uso del carboprost como medicamento en el manejo de la hemorragia posparto por atonía uterina debido a la ausencia de evidencia más consistente y de mejor calidad y por ser un medicamento que no se consigue en el país.

La evidencia también muestra que una dosis alta de ácido tranexámico puede reducir la pérdida de sangre y la morbilidad materna en mujeres con hemorragia posparto. El GDG consideró importante incluir el ácido tranexámico dentro de las recomendaciones, pero ajustando la dosis y aclarando que sólo se debe usar cuando los demás agentes como la

oxitocina, la ergometrina y el misoprostol no hayan sido efectivos. Así mismo, por la ausencia de evidencia disponible, no se recomienda una segunda dosis de ácido tranexámico.

Finalmente, el efecto del masaje uterino en el manejo de la hemorragia posparto aún no es claro. El masaje uterino fue menos efectivo que la oxitocina en la reducción de la pérdida de sangre después del parto. Cuando se usa oxitocina, no se obtiene un beneficio adicional con el masaje uterino. Se requieren más estudios para aclarar la efectividad del masaje en el escenario de la hemorragia posparto.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

B	Para el control de hemorragia por atonía uterina se recomienda excluir otras causas de hemorragia posparto como retención de fragmentos de placenta o membranas, laceraciones o hematomas vaginales o cervicales, ruptura uterina, hematomas de ligamentos, sangrado extragenital, inversión uterina o coagulopatía.
√	Se recomienda utilizar la nemotecnia de las 4 "T": Tono, Trauma, Tejido y Trombina (coagulopatía).
B	Si la causa de la hemorragia es la atonía uterina, se recomienda implementar las siguientes medidas hasta que cese el sangrado o se defina la necesidad de otra intervención: • Inserción de una sonda Foley para evacuar la vejiga. • Compresión uterina bimanual. • Administrar 5 UI de oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de oxitocina diluida en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas. • Ergometrina 0,2 mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0,2 mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas (contraindicada en mujeres con hipertensión).
B	Se recomienda utilizar misoprostol 800 mcg por vía sublingual solo si, no se cuenta con oxitocina o maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto.
D	El ácido tranexámico en dosis de 1 g por vía IV, se puede ofrecer como un tratamiento para la hemorragia posparto si: la administración de la oxitocina seguido de las opciones de tratamiento de segunda línea y el misoprostol no han logrado detener la hemorragia; o como complemento a la sutura de traumatismos del canal del parto identificados como causa del sangrado (desgarros del canal del parto).
D	No se recomienda el uso de carboprost para el tratamiento de las mujeres con hemorragia posparto.

10. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSPARTO POR ATONÍA UTERINA SIN RESPUESTA AL MANEJO MÉDICO?

El manejo quirúrgico de la hemorragia posparto por atonía uterina provee varias alternativas que buscan evitar al máximo recurrir a la histerectomía como intervención definitiva. Estas incluyen taponamiento uterino con balón hidrostático, suturas compresivas y ligadura de arterias, entre otras.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Cinco series de casos que incluyen entre uno a 16 pacientes han reportado el uso de sonda Foley, el balón de Bakri, el catéter esofágico Sengstaken–Blakemore y el condón como taponamientos efectivos en el manejo de la hemorragia posparto por atonía uterina que no responde al tratamiento médico (868-872). En las cinco series de casos, se reportaron como exitosos los taponamientos para el control de la hemorragia postparto por atonía uterina.	3
Una serie de casos con cinco pacientes reportó éxito en el manejo de la hemorragia postparto con suturas compresivas a través de la técnica de B-Lynch (873).	3
Nueve series de casos que han incluido entre uno y cinco pacientes reportaron éxito en todos, menos en un caso, de manejo de hemorragia postparto con la técnica de B-Lynch (874).	3
Tres series de casos que han incluido entre tres y 14 mujeres con hemorragia postparto por atonía uterina, reportaron la efectividad en todos los casos manejados con diferentes tipos de suturas compresivas (875-877).	3
Una serie de casos describió 110 mujeres con hemorragia posparto de varias causas a quienes se les realizó ligadura de la arteria iliaca interna como primera línea de intervención quirúrgica. 88 mujeres fueron sometidas a la ligadura de la arteria iliaca interna de forma terapéutica, el 39% de las cuales requirieron histerectomía (878).	3

Una series de casos de 100 mujeres, reportó un porcentaje de éxito del 90% con la embolización arterial selectiva para la hemorragia obstétrica (879). Cuatro series de casos subsecuentes han reportado éxito en 1 de 1, 4 de 4, 10 de 10 y 26 de 29 mujeres que han sido sometidas a esta intervención (880-882).	3
Una revisión sistemática que incluyó 46 estudios observacionales o series de casos con 664 pacientes evaluó los porcentajes de éxito de cada uno de los procedimientos quirúrgicos para el manejo de la hemorragia posparto (883). Los resultados acumulados no mostraron diferencias entre los porcentajes de la embolización arterial (90,7%), el taponamiento (84%), las suturas uterinas compresivas (91,7%%) y la ligadura de arteria iliaca o devascularización uterina (84,6%).	2+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

El uso de agentes farmacológicos no debe retrasar el recurso quirúrgico en los casos de hemorragia por atonía uterina. Una vez se toma la decisión, la elección del procedimiento depende de la experiencia y la experticia del equipo de profesionales disponibles. Es importante tener en cuenta las aspiraciones reproductivas futuras de la mujer, en la decisión de la secuencia apropiada de intervenciones. Las técnicas quirúrgicas tales como el taponamiento uterino y las suturas hemostáticas pueden detener el sangrado de forma inmediata y facilitar una pronta decisión con respecto a la necesidad de la histerectomía.

Algunos de los reportes del uso del taponamiento, describen la intervención como el *"test del taponamiento"*: un test positivo, es decir, cuando la hemorragia es controlada después de inflar el balón, indica que la laparotomía no es requerida. Un test negativo, es decir, cuando la hemorragia continúa después de inflar el balón es una indicación para proceder con la laparotomía. El concepto del taponamiento con balón como test, sirve para afirmar su lugar como primera línea quirúrgica en el manejo de la hemorragia. De igual forma, la técnica B-Lynch como alternativa al manejo de la hemorragia posparto es invaluable y puede proveer un primer paso quirúrgico para detener la hemorragia posparto cuando las medidas con oxitócicos han fallado.

El GDG consideró importante incluir el manejo antibiótico cuando se utiliza el taponamiento uterino con balón para el control de la hemorragia posparto bajo los mismos preceptos formulados en la revisión de la cavidad uterina y la extracción manual de la placenta. En relación con el tiempo durante el cual se debe dejar el balón, se consideró que un máximo de 24 horas puede ser adecuado en ausencia de evidencia clara sobre este tópico.

La decisión de la histerectomía la debe tomar un profesional experimentado y, preferiblemente, en discusión con un segundo experto si está disponible. Se recomienda recurrir a la histerectomía de forma temprana cuando el sangrado está asociado con ruptura uterina o con placenta acreta sin respuesta rápida con las otras intervenciones. La histerectomía no se debe retrasar hasta que la mujer esté *in extremis* o mientras se intentan procedimientos menos definitivos si el obstetra tiene menos experiencia en ellos.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

C	Se recomienda iniciar medidas de hemostasia quirúrgica lo más pronto posible, si el manejo inicial falla. Se recomienda que este tiempo no supere nunca los 20 minutos.
C (↑)	Se recomienda el taponamiento uterino con balón hidrostático (incluye condón), como la primera opción quirúrgica para las mujeres con atonía uterina.
√	Se recomienda administrar dosis única parenteral de cefalosporina de primera generación inmediatamente antes de insertar el balón.
√	En caso de alergia documentada a los betalactámicos, se recomienda administrar clindamicina más gentamicina en dosis única.
√	Se recomienda dejar una infusión de oxitocina de 30 UI diluidas en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas.
√	Se recomienda dejar el balón por un tiempo máximo de 24 horas y retirar en sitio donde se cuente con recurso humano calificado, hemoderivados y quirófano.
C	No se recomienda realizar taponamiento uterino con gasa.
C	Se recomienda aplicar las siguientes medidas quirúrgicas conservadoras dependiendo de las circunstancias clínicas y la experticia de quien atiende a la mujer: • Suturas hemostáticas uterina (B-Lynch o sutura compresiva modificada). • Ligadura bilateral de arterias uterinas. • Ligadura bilateral de arterias iliacas internas. • Embolización arterial selectiva.
C	Se recomienda recurrir a la histerectomía prontamente, cuando las medidas anteriores fallen o las circunstancias clínicas lo indiquen desde el inicio (ejemplo: estallido uterino).

11. ¿CUÁL ES EL MEJOR TIPO DE HISTERECTOMÍA INDICADA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO?

La histerectomía como último recurso para el manejo de la hemorragia posparto provee riesgos y consecuencias adicionales para la mujer. La decisión de cuál tipo de histerectomía realizar dependerá en gran medida de la experticia del obstetra.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Una revisión sistemática de 24 series de casos que incluyó 981 mujeres en quienes se realizó histerectomía posparto de emergencia, encontró que la histerectomía total fue más común en las mujeres que tenían adherencia anormal de la placenta (884). La morbilidad materna reportada en cuatro estudios no mostró diferencias significativas entre la histerectomía subtotal (16 de 98) y total (15 de 49), (Z= 1,74; p=0,08). El daño de tracto urinario fue la complicación más frecuente cuando se realizó histerectomía total comparada con subtotal, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (16% vs. 30%; p>0,005).	2+

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La histerectomía subtotal es la cirugía de elección en muchos casos en las hemorragias posparto que requieren este procedimiento; hay menos trauma en el cérvix y en el segmento inferior. Aunque no se encuentra diferencia en la morbilidad materna entre la histerectomía total y subtotal, el daño de tracto urinario fue la complicación reportada con más frecuencia cuando se realizó histerectomía total comparada con la subtotal.

Debido a la poca evidencia y a la baja calidad de la misma, se considera que la experticia del clínico cobra relevancia en esta intervención, ya que ante una hemorragia y un útero aumentado de tamaño, la probabilidad de que una histerectomía sea total o subtotal, dependerá de otros factores adicionales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

D	Se recomienda que el obstetra de acuerdo a su experticia, la condición clínica particular de cada mujer y las condiciones técnicas del sitio operatorio, defina el tipo de histerectomía a realizar.

12. ¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSPARTO POR ACRETISMO PLACENTARIO?

El acretismo placentario lleva consigo inmerso el riesgo de sangrado profuso. Su manejo requiere de una complejidad mayor y el acceso a otras tecnologías en salud que no se encuentran disponibles en todos los niveles.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

En una serie de casos que incluyó 167 mujeres con placenta acreta en manejo expectante (definido como dejar la placenta parcial o totalmente en su sitio, sin intento de removerla a la fuerza) se reportó éxito en 131 mujeres referente a la prevención del sangrado y a la realización de una histerectomía (845). A 18 mujeres se le realizó histerectomía y a otras 18 se les pudo retrasar este procedimiento por unas horas. La resorción espontánea de la placenta ocurrió en 87 casos y el promedio de tiempo desde el parto hasta la resorción fue de 13,5 semanas.	3
Dos series de casos que incluyeron 37 mujeres con placenta acreta que tuvieron cesárea reportan otros procedimientos como la ligadura, las suturas y la oclusión en el manejo de la hemorragia posparto por acretismo placentario (844, 885). Los resultados de estos procedimientos han sido positivos en la reducción de la pérdida de sangre (2.011 mL vs. 3.316 mL; p= 0,042) y en la media del volumen de sangre transfundida (1.058 mL vs. 2.211 mL; p= 0,005).	3

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Se encontró poca evidencia respecto a intervenciones más efectivas en presencia de hemorragia postparto por acretismo placentario. Dicha evidencia es de baja calidad y no permite la generación por sí sola de recomendaciones en este tópico. El GDG consideró importante la opción de realizar ligadura bilateral de la arteria uterina, seguido de una sutura de B-Lynch en mujeres con acretismo placentario que desean preservar su fertilidad. De igual forma, la opción de realizar oclusión perioperatoria de la arteria iliaca interna, si se cuenta con el recurso para realizarlo, puede ser adecuada. Como punto importante, no se debe intentar tratar a estas pacientes en instituciones que no cuenten con recurso humano y tecnológico suficiente para manejar las complicaciones.

Así mismo, se consideró como punto fundamental, no intentar separar la placenta en lugares o instituciones donde no se cuente con personal y equipos necesarios y suficientes para atender el caso. Por lo tanto, una remisión oportuna a una institución de mayor complejidad donde se pueda realizar la extracción de la placenta y al mismo tiempo el manejo de la hemorragia, es vital para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

D	Si la placenta no se separa con las medidas habituales, se recomienda no intentar separarla y remitir a una institución con capacidad resolutiva. El manejo médico o la histerectomía con placenta in situ están asociados con menor pérdida sanguínea que tratar de separarla.
D	Si la placenta se separa parcialmente, se recomienda que la porción desprendida sea extraída y la hemorragia que se presente, manejarla de acuerdo a las recomendaciones planteadas. Las porciones que no se desprenden pueden ser dejadas en su lugar, pero la pérdida de sangre en tales circunstancias puede ser mayor y requiere el manejo de una hemorragia masiva de manera oportuna.

13. ¿CUÁL ES LA INTERVENCIÓN MÁS EFECTIVA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POR ABRUPCIO DE PLACENTA?

El abrupcio de placenta se considera una emergencia obstétrica. Su manejo completo excede el alcance de esta guía, pero es vital introducir las medidas iniciales para evitar desenlaces maternos y neonatales críticos.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Una revisión sistemática de estudios de intervención no identificó ningún ECC para el manejo del abrupcio de placenta. (886)	1++
Una serie de casos con 59 pacientes evalúo el manejo selectivo de las pacientes con abrupcio de placenta y determinó que la sobrevida neonatal se logra con una adecuada cesárea y con un peso fetal mínimo de 1.500 g (887).	3

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La escasa evidencia actualizada y de calidad sobre el manejo de la hemorragia por abrupcio de placenta, lleva a considerar intervenciones muy generales y que indiscutiblemente van a estar supeditadas a la situación específica de cada mujer que presente el evento. El GDG consideró que en mujeres con abrupcio y feto muerto se debe evitar al máximo realizar una cesárea y se debe insistir en parto vaginal, simultáneamente con el manejo integral de la situación. Así mismo se incluyeron como requerimientos importantes en el manejo de este evento, la atención en una institución de alta complejidad, la búsqueda activa de la coagulopatía y el manejo de la misma por medio de un protocolo de transfusión masiva, así como la disponibilidad de unidad de cuidados intensivos para brindar soporte avanzado tanto a la madre como al neonato.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

√	Se recomienda que el manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta se realice en un nivel de alta complejidad, búsqueda y tratamiento activo de la coagulopatía (considerar protocolo de transfusión masiva) y soporte vital avanzado.

14. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL USO DE HEMODERIVADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA MUJER CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA?

El uso de hemoderivados en el manejo de la hemorragia obstétrica es vital por la restauración de la capacidad de transporte de oxígeno y el mejoramiento de la perfusión tisular.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Una serie de casos que incluyó 27 pacientes sometidas a cesárea, evaluó el efecto de la autotransfusión a través de un proceso mediante el cual la sangre pérdida durante una cirugía es recolectada, filtrada y limpiada para producir glóbulos rojos autólogos para transfundir al paciente, denominado rescate celular intraoperatorio (888-890). En el proceso se retiraron de forma efectiva, sustancias como alfaproteína y líquido amniótico de 23 pacientes. Este procedimiento está siendo usado comúnmente en cirugía cardíaca, ortopédica y vascular con una reducción relativa de transfusión del 39% y una reducción del riesgo absoluto del 23%, sin aparente impacto adverso en desenlaces clínicos.	3
Una revisión sistemática que incluyó 45 estudios observacionales realizados en pacientes críticamente enfermos evaluó la eficacia de la transfusión de glóbulos rojos para 272.596 pacientes (891). Los resultados de la revisión indican que la transfusión de glóbulos rojos se asoció con mortalidad (OR=1,7; IC 95%= 1,4-1,9). La infección nosocomial se asoció con la transfusión de glóbulos rojos en nueve estudios (OR= 1,8; IC 95%= 1,5-2,2).	2+
Una revisión sistemática que incluyó 25 ensayos clínicos con 3.503 pacientes sin hemofilia evaluó la efectividad el uso del factor VIIa para la profilaxis y el tratamiento de la hemorragia (892). No se encontraron diferencias en términos de mortalidad con el uso profiláctico del factor VIIa (RR=1,06; IC 95%= 0,5-2,24) pero	1++

hubo disminución en la pérdida promedio de sangre (DM= -243 mL; IC 95%= -399 a -146mL). Hubo una tendencia a favor del factor VIIa en el número de pacientes transfundidos (RR= 0,91; IC 95%= 0,81-1,02), mas no así con respecto al número de eventos adversos tromboembólicos (RR= 1,32; IC 95%= 0,84-2,06). Respecto al uso terapéutico del factor VIIa no se encontraron diferencias para los desenlaces evaluados. Hubo una tendencia en favor del factor VIIa en la reducción de la mortalidad (RR= 0,89; IC 95%= 0,77-1,03), pero también se observó una tendencia en el resultado en contra del uso del factor VIIa por el incremento de eventos adversos tromboembólicos (RR= 1,21; IC 95%= 0,93-1,58). Otra revisión sistemática de intervenciones no encontró ensayos clínicos acerca del uso de intervenciones hematológicas para tratar la coagulación intravascular diseminada en el embarazo y en el posparto como una de las complicaciones más frecuentes en los eventos de hemorragia obstétrica (893).	1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia muestra que la transfusión de glóbulos rojos puede acarrear riesgos en la salud de los pacientes transfundidos. Si las pruebas cruzadas no están disponibles, la mejor alternativa disponible debe ser brindada para restaurar la capacidad de transporte de oxígeno. La sangre tipo O negativo puede ser el camino más seguro para evitar una incompatibilidad transfusional.

Aunque los autores reconocen las limitaciones de la revisión sistemática de la eficacia de la transfusión de los glóbulos rojos relacionadas con el tipo de estudios incluidos, también es cierto que no se relacionaron las condiciones previas de los sujetos sometidos a la transfusión; aunque se incluyeron pacientes críticamente enfermos, no se realizó un análisis de subgrupos donde pudiera determinarse si la muerte fue más probable por la condición inicial del paciente o efectivamente por la transfusión. Cuando la pérdida de sangre alcance alrededor de los 4,5 litros y se hayan administrado grandes volúmenes de cristaloides, habrá defectos en los factores de coagulación de la sangre y se tendrán que administrar algunos hemoderivados.

El GDG consideró que la reposición de volumen con hemoderivados para mejorar la capacidad de transporte de oxígeno y corregir los problemas de coagulación debe hacerse en una relación igual (1:1:1), indicando que en instituciones donde la disponibilidad de hemoderivados no es muy amplia, puede hacerse una reposición en una relación de 1,5 a 1.

El factor VIIa fue desarrollado para el tratamiento de la hemofilia. En las últimas décadas ha sido también utilizado para el control del sangrado en otras circunstancias, pero la evidencia actual no muestra ventajas en su uso. Así mismo, el uso del factor VIIa en hemorragia posparto aún no ha sido evaluado.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

C	Se recomienda realizar pruebas cruzadas en hemorragia posparto.
C (↑)	En los casos en que las pruebas cruzadas no estén disponibles, se recomienda iniciar con sangre tipo "O negativo" y/o sangre específica sin pruebas cruzadas hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas esté disponible.
√	Se recomienda en caso de choque hemorrágico grave, abrupcio de placenta con feto muerto o coagulopatía intravascular diseminada (CID) clínicamente evidente, aplicar un protocolo de transfusión masiva para servicios obstétricos.
√	En aquellos sitios que tengan disponibilidad, se recomienda reponer glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas en una relación 1:1:1.
√	En los sitios con limitación de recursos, se puede reponer glóbulos rojos y plasma fresco congelado en una relación 1,5:1.
C	Se recomienda administrar concentrado de plaquetas si el conteo es menor de 50.000.
C	Se recomienda administrar crioprecipitado si el fibrinógeno es menor de 1 g/L.
C	No se recomienda utilizar algún filtro especial de sangre porque disminuye la velocidad de infusión.
B	No existe evidencia en hemorragia obstétrica para recomendar o rechazar el uso de factor VII recombinante.

15. ¿CUÁL ES LA INDICACIÓN MÁS EFECTIVA PARA TRANSFUNDIR EN AUSENCIA DE SANGRE “O NEGATIVO”?

El hemoderivado de mayor transfusión son los glóbulos rojos. Aunque lo ideal es transfundir el tipo específico de sangre, no siempre se encuentra disponible. Mejorar la sobrevida en el manejo de la hemorragia obstétrica, dependerá de la seguridad y disponibilidad de otro tipo de sangre.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Una serie de casos que incluyó 4.241 pacientes evaluó desenlaces como muerte y necesidad de transfusión masiva con la transfusión de glóbulos rojos (894). Solo 1.236 pacientes los recibieron sin pruebas cruzadas. En este grupo de pacientes hubo un incremento en la mortalidad (OR= 2,15; IC 95%= 1,58-2,94) y en la necesidad de transfusión masiva (OR=11,87; IC 95%= 8,43-16,7), pero los grupos de comparación diferían en sus condiciones basales, como edad y presencia de complicaciones.	3
Una revisión de casos que incluyó 119 pacientes evaluó los resultados de la transfusión de 568 unidades de glóbulos rojos tipo "O" positivo sin pruebas cruzadas en la resucitación de pacientes con trauma (895). No se presentó ninguna reacción hemolítica aguda o sensibilización en mujeres jóvenes. Dentro de las 24 horas del ingreso fallecieron 38 pacientes, pero ninguna muerte fue atribuible a reacción transfusional o incompatibilidad sanguínea. Las complicaciones incluyeron arritmias (2), SDRA (4) y CID (7). Ninguno de los casos de CID se relacionó con incompatibilidad transfusional.	3
En una serie de casos que incluyó 153 pacientes con trauma sometidos a transfusión de glóbulos rojos sin pruebas cruzadas (896), la tasa de mortalidad general fue de 45%, la cual se incrementó a 52% y 100% en pacientes que recibieron cuatro y cinco más unidades de glóbulos rojos, respectivamente.	3

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Aunque no todos los estudios relacionan las unidades transfundidas con los desenlaces presentados, parece claro que a pesar de brindar una seguridad relativa, la transfusión de glóbulos rojos sin pruebas cruzadas y de sangre tipo O positivo en ausencia de sangre tipo O negativo, se debe limitar y considerar en cada caso específico.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

C	En ausencia de glóbulos rojos "O negativo", se recomienda iniciar con glóbulos rojos "O positivo".

16. ¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS LOGÍSTICOS A TENER EN CUENTA EN EL MANEJO DEL CHOQUE HIPOVOLÉMICO POR CAUSA OBSTÉTRICA?

La atención de una mujer con hemorragia obstétrica y sus complicaciones, requiere de una organización al interior de las instituciones que atienden partos. Esta organización debe estar soportada en un documento marco como una guía o protocolo.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Un estudio antes y después acerca de la implementación de un sistema de auditoría en el manejo de las mujeres con hemorragia posparto encontró un aumento en la calidad de la adherencia a tres estándares: tipificación y realización de pruebas cruzadas, establecimiento de la hemoglobina y el hematocrito y el diligenciamiento del registro de ingesta y eliminación de líquidos (897). No hubo cambios significativos en el seguimiento estrecho de signos vitales, casos de mortalidad, acceso venoso, administración de fluidos y oxitócicos administrados.	3

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

No existe evidencia relacionada con el uso de protocolos institucionales y/o protocolos de referencia para el manejo de la hemorragia posparto y su relación con desenlaces de morbilidad y mortalidad. El consenso de expertos de la guía para el manejo de la hemorragia posparto y la placenta retenida de la Organización Mundial de la Salud (53) considera que la implementación de un protocolo formal es un proceso complejo que requiere adaptaciones locales.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

D	Se recomienda que las instituciones de salud que atienden partos cuenten con un protocolo y/o guía para el manejo de la hemorragia posparto.
D	Se recomienda que las instituciones de salud de primer y segundo nivel que atienden partos cuenten con un protocolo formal para la referencia de las mujeres a un nivel de mayor complejidad.

17. ¿CUÁL ES LA ESTRATEGIA MÁS EFECTIVA PARA MEJORAR LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA?

La atención del parto y sus complicaciones requiere de entrenamiento al personal de salud que se encarga de brindar cuidado. Las metodologías más adecuadas son aquellas que permitan mantener en el tiempo las habilidades adquiridas.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

Un ECC que incluyó 106 unidades de maternidad en Francia, evalúo la efectividad de una intervención combinada de educación, visitas periódicas, grupos de discusión, recordatorios y revisiones con pares comparada con la difusión pasiva del protocolo de manejo en la incidencia de hemorragia posparto (898). El porcentaje de hemorragia posparto fue 1,64% en las unidades intervenidas vs. 1,65% en las unidades de control, por lo que no se encontraron diferencias significativas. Algunos elementos del manejo de la hemorragia posparto fueron aplicados más frecuentemente en las unidades con la intervención, como la ayuda de un grupo de expertos, o la tendencia a una segunda línea de tratamiento farmacológico y el análisis de sangre a tiempo. 1+

Un ECC que incluyó 36 profesionales de la salud evaluó la enseñanza basada en lectura comparada con la enseñanza basada en simulación o combinación de ambas para el manejo de la hemorragia posparto (899). Todos los equipos mejoraron en su desempeño y conocimiento. El equipo en el que se usó solo simulación fue el único grupo que demostró mejoramiento sostenido en el manejo clínico del caso, confidencia, habilidades de comunicación y conocimiento. Este 1+

mismo grupo reportó habilidades transferibles y menos ansiedad en emergencias subsecuentes.

Una revisión sistemática que incluyó 609 estudios y 35.226 personas de diversas áreas de la salud, comparó el entrenamiento basado en la simulación contra ninguna intervención. En comparación con la no intervención el entrenamiento por simulación se asoció con el conocimiento (RR= 1,20; IC 95%= 1,04-1,35), las habilidades de manejo del tiempo (RR=1,14; IC 95%= 1,03-1,25), las habilidades de proceso (RR= 1,09; IC 95%= 1,03-1,16), las habilidades del producto (RR= 1,18; IC 95%= 0,98-1,37), los comportamientos del tiempo (RR= 0,79; (IC 95%= 0,47-1,10), otros comportamientos (RR= 0,81; IC 95%= 0,66-0,96) y con efectos directos sobre los pacientes (RR= 0,50; IC 95%= 0,34-0,66) (900).

1++

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

Es claro que la sola producción intelectual de un protocolo o guía de manejo para un evento no garantiza el éxito en el mejoramiento de los desenlaces que se desean intervenir. La educación, el entrenamiento y el acompañamiento, son herramientas valiosas para mejorar la adherencia y la aplicabilidad de una guía de atención.

Aunque se requieren más estudios que permitan mostrar cambios positivos en la incidencia de complicaciones y de mortalidad a través del mejoramiento de habilidades técnicas, comunicacionales y del conocimiento, es claro que el camino hacia este propósito es el entrenamiento en escenarios de simulación y un acompañamiento continuo para el mantenimiento de las habilidades adquiridas.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS.

A	Se recomienda entrenamiento en el manejo de la hemorragia posparto a todo el personal que atiende partos.
A (↑)	Se recomienda que el entrenamiento para el manejo de la hemorragia posparto se haga bajo la estrategia de simulación.

18. ¿CUÁNTO TIEMPO DEBE PERMANECER HOSPITALIZADA UNA PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO EN EL POSPARTO?

Después de un parto normal, es necesario observar tanto a la madre como al recién nacido para establecer las condiciones de salud del binomio, fomentar la lactancia materna y proveer educación que permita un adecuado desarrollo de los cuidados del puerperio materno y del recién nacido.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL CUERPO DE LA EVIDENCIA

Una revisión que incluyó nueve estudios poblacionales o comunitarios en países en desarrollo evaluó las causas de 1.636 muertes maternas. El 60% de las muertes maternas ocurrió en el periodo posparto, de las cuales el 45% ocurrieron en las primeras 24 horas posparto. El estudio concluyó que en países en desarrollo ocurren el 90% de las muertes por hemorragia, el 100% de las causadas por hipertensión en la gestación y el 22% de las causadas por infección en la primera semana. Las primeras 24 horas posparto y la primera semana posparto tienen alto riesgo de muerte materna, riesgo que permanece elevado hasta la segunda semana. En países en desarrollo, la hemorragia, la hipertensión asociada al embarazo y la infección obstétrica fueron las causas más comunes de muerte materna posparto (901).	2+
Una revisión sistemática que incluyó diez estudios clínicos con 4.489 mujeres con parto a término y recién nacido con peso mayor de 2.500 gramos, comparó el "alta temprana" vs. el manejo tradicional posparto según la definición estándar para cada estudio. Hubo alta variabilidad en la definición de "alta temprana" desde seis horas hasta tres días. Solo tres estudios evaluaron el alta antes de 24 horas. No hubo diferencias en las readmisiones de infantes ni en la necesidad de contacto con personal de salud del infante luego del egreso temprano (RR= 1,29; IC 95%= 0,60 - 2,79) entre la tercera y octava semana postparto, ni en la readmisión o necesidad de contacto de salud de las madres luego del egreso temprano (RR= 1,10; IC 95%= 0,51 - 2,40) en 3 a 6 semanas. En cuanto el bienestar materno, el grupo con alta temprana tuvo una tendencia no significativa de disminución del riesgo de depresión (RR= 0,56;	1+

IC 95%= 0,21-1,51). No hubo diferencias en la sensación de cansancio ni en el reporte de síntomas físicos reportados por la mujer. Un estudio encontró diferencia en la ansiedad reportada por las madres con salida temprana y hasta 48 horas comparadas con las madres con salida luego de cuatro días. Sin embargo, el efecto desapareció al mes de seguimiento. Las mujeres con alta temprana no tuvieron mayor riesgo de abandono de la lactancia a la octava semana postparto (RR= 0,90; IC 95%= 0,76-1,06). La salida temprana no modificó la satisfacción materna con el cuidado posparto y un estudio encontró que el alta temprana incrementó significativamente el tiempo dedicado por el padre para el cuidado del recién nacido en las primeras 2 semanas posparto. Los ensayos combinados tienen un poder insuficiente para detectar cualquier aumento de resultados poco frecuentes como la mortalidad infantil, mortalidad materna y reingresos. Las políticas de alta temprana de madres sanas y recién nacidos a término no parece tener efectos adversos sobre la lactancia materna o la depresión de la madre cuando va acompañada de una política de ofrecer a las mujeres por lo menos una visita por enfermera o partera al hogar después del alta. Se requieren grandes ensayos bien diseñados de programas de alta temprana que evalúen de los desenlaces y la incorporación de co-intervenciones de manera estandarizada (902).

El comité técnico de la OMS se planteó la misma pregunta que la presente Guía de Práctica Clínica y realizó una revisión sistemática de guías de práctica clínica que publicó en el boletín técnico de 2.010 sobre cuidado posparto y posnatal. Se encontró que solo hay evidencia escasa y de baja calidad sobre la duración óptima de la estancia bajo cuidado directo o indirecto por personal con entrenamiento para la madre, el bebé o el binomio. Cuando se obtiene un bebé saludable a término en un parto no complicado, la mayoría de las guías proponen una vigilancia por personal entrenado de 24 a 48 horas. Si la madre y el bebé son dados de alta de la institución antes de 48 horas, un profesional calificado o entrenado debe evaluarlos dentro de las 24 a 48 horas después del egreso hospitalario. El panel de expertos acordó y

4

consideró, basado en los datos epidemiológicos que las primeras 24 a 48 horas son el tiempo más crítico para la mamá y el infante, que es una política salvadora de vidas proveer cuidado individualizado durante el periodo posnatal inmediato bajo la supervisión directa o indirecta de personal entrenado. El panel también recomendó que antes del egreso hospitalario, las mujeres y sus familias, deben recibir información clave, clara y específica e instrucciones para el cuidado en casa de ellas mismas y sus bebés, con especial atención a la lactancia y a la identificación temprana de signos de alarma. El panel reconoció la importancia del soporte comunitario para prácticas claves como la lactancia, la higiene general y el uso de los servicios de salud (20).

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA Y LA RECOMENDACIÓN

La evidencia es escasa y de moderada calidad. No hay evidencia clara que permita recomendar o no las políticas de alta temprana. Existe gran variabilidad en la duración del periodo de observación en el posparto inmediato y la definición de alta temprana. Con el alta temprana no se encontraron diferencias significativas en desenlaces intermedios pero la evaluación de desenlaces poco frecuentes pero críticos como mortalidad materna y perinatal no es adecuada. Por lo tanto persiste incertidumbre sobre los efectos del alta antes de 48 horas sobre estos desenlaces. La evidencia encontrada es consistente sobre la necesidad de la supervisión directa o indirecta de las madres y sus hijos por personal calificado durante las primeras 48 horas por el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el periodo posnatal inmediato. La decisión sobre el alta en el posparto tiene implicaciones sobre los recursos, bien para incrementar el número de camas o la disponibilidad de personal calificado y medios para asegurar el seguimiento y vigilancia del binomio en casa. Los valores y disponibilidad del personal de salud y de las instituciones asistenciales y las necesidades de las usuarias, influyen sobre la decisión del momento ideal del alta posparto.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

D	Después del parto eutócico de bajo riesgo de un bebé sano a término se sugiere una vigilancia del binomio por personal calificado por las primeras 48 horas.
D	Se recomienda la evaluación del binomio por personal calificado entre las 24 y 48 horas después del parto si la madre y el bebé son dados de alta de la institución antes de 48 horas.
D	Se recomienda que las mujeres y sus familias reciban información e instrucciones claves para su cuidado en casa y el de su bebé, especialmente relacionadas con la lactancia materna y la identificación temprana de signos de alarma maternos y neonatales.

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO LOCAL

Las GPC son un elemento central en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud, que busca mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Por tal razón, se hace necesario que estas sean incorporadas e implementadas efectivamente dentro de los componentes del sistema.

Las sugerencias contenidas en el presente plan de implementación son de orden nacional. Se espera que la totalidad de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional, departamental y municipal, adopten la GPC en un plazo no mayor de tres años, a partir de la promulgación oficial del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para mejorar y facilitar el proceso implementación de las GPC, es importante revisar la normatividad vigente en salud a nivel nacional e internacional, de manera que se puedan identificar las barreras normativas existentes y entonces armonizar la GPC con el fin de evitar que las recomendaciones emitidas vayan en una dirección opuesta a lo que se ha planteado en materia normativa para el tratamiento de la condición objeto de la GPC. Para surtir este proceso se realizó una búsqueda en los sitios web de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, UNICEF y UNIFEM; se buscó en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación y la Superintendencia de Salud y se realizó una búsqueda de normatividad específica para el tema de embarazo, parto y puerperio en el país.

Una vez revisadas las normas en las que se enmarca la GPC, se encontró que existe una interesante oportunidad para el proceso de implementación y adopción de las GPC en el contexto nacional, dada la importancia que ha tomado la calidad en la prestación de los servicios de salud y el antecedente de la Resolución 412 de 2.000 (903, 904).

Descripción del ambiente local y las políticas de salud que favorecen la implementación de las GPC(905, 906).

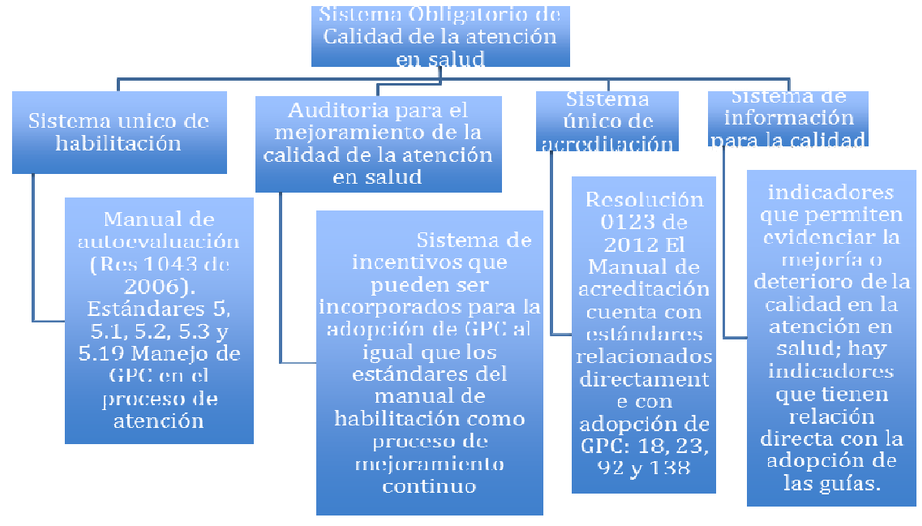
En Colombia existe un amplio cúmulo de normatividad general en salud en donde las guías de atención se articulan: el Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia del año 1.991, en el cual la atención en salud es declarada como un servicio público a cargo del estado; la Ley 100 de 1.993 (907), mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la Ley 1.438 de 2.011 (908), que establece en su Artículo 96 la necesidad de generar guías de atención basadas en evidencia y los Artículos 153 y 177, que establecen el deber de atender a los pacientes de acuerdo con la evidencia científica y establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios.

El Plan Nacional de Salud Pública reglamentado mediante el Decreto 3.039 de 2.007, demanda la evaluación permanente del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios y entre otros lineamientos, plantea la necesidad de definir normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar la atención en los procesos del POS. Al ser las guías de atención integral una herramienta para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, éstas deben ser adoptadas dentro del sistema obligatorio de calidad de la atención en salud que fue creado mediante el Decreto 1.011 de 2.006.

Como se presenta en la Figura 2, el sistema obligatorio de calidad de la atención en salud se encuentra dividido en cuatro subsistemas dentro de los cuales las guías de atención integral son un elemento importante para su adecuado funcionamiento: el sistema de habilitación, el sistema de auditoría, el sistema de acreditación y el sistema de información que cuentan con manuales en los cuales existen definidos claramente estándares específicos con el manejo de guías de atención integral en el marco de la atención a los pacientes. El manual de acreditación es de obligatorio cumplimiento para

las instituciones que se encuentren en este proceso (909-911); para las demás que no están en proceso de acreditación, solamente debe tenerse en cuenta el manual de habilitación, al cual se le hace seguimiento mediante la auditoría como una estrategia para el mejoramiento de la calidad. Por su parte, el subsistema de información permite evidenciar la mejoría o deterioro de la calidad en la atención en salud (904, 912-914).

Figura 2. <u>Esquema Sistema Obligatorio de Calidad de la atención en salud</u>



Adicional a los cuatro componentes del sistema de garantía de la calidad, existen otros lineamientos normativos que se convierten en una oportunidad a nivel nacional para el ejercicio de adopción de las guías de práctica clínica, dentro de los que se encuentran:

a. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”[2]: aunque no es de obligatoria aplicación para las instituciones, es de obligatorio cumplimiento dentro del proceso de acreditación. Esta guía técnica sugiere el desarrollo o adopción de las guías de práctica clínica basada en la evidencia como procedimientos de estandarización que permiten mejorar la seguridad del paciente.
b. Política Nacional de Seguridad del Paciente[3]: en la cual se define como seguridad del paciente al “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.

Respecto a la normatividad en el tema de embarazo, parto y puerperio en Colombia se encuentra el documento CONPES 140 de 2.011, en el cual se fijan los objetivos de desarrollo del milenio; este tiene como principal objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población. Los referentes normativos más importantes en el tema de SSR a nivel nacional son la Resolución 412 de 2.000, la cual tiene Guías de detección temprana en donde están abordadas las alteraciones del embarazo, las Guías de protección específica en donde están la guía de atención del parto y guía para la atención del recién nacido y las Guías de atención que contiene el tema de complicaciones hipertensivas y hemorrágicas asociadas al embarazo.

Es importante tener en cuenta la Ley 1.098 de 2.006 de Infancia y Adolescencia, en cuyo Artículo 20 plantea la protección de los niños de enfermedades transmisibles durante la gestación y el Artículo 29, que plantea la obligación de proteger la cobertura y calidad de la atención de las mujeres gestantes y durante el parto. En 2.007, la política nacional por la infancia planteó la necesidad de promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los seis años de edad, mediante diferentes alternativas entre las que se plantean el fortalecimiento de la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y

[2] Ministerio de la protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá, 2010.
[3] Ministerio de la Protección Social. Política de seguridad del paciente. Bogotá, 2008.

de la Infancia (IAMI) y la estrategia de Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).

Así mismo, el 27 de febrero de 2.012 fue emitida la Circular Conjunta 005 para la intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional, que busca garantizar la calidad en la prestación de los servicios, realizar seguimiento de la adherencia a protocolos y guías de manejo de Entidades Promotoras de Salud (EPS) para atención perinatal, de acuerdo con la normatividad vigente y realizar evaluación periódica de la adherencia a guías y protocolos de atención materna perinatal.

Es importante subrayar que pese a la normatividad vigente, es importante que la GPC sea acogida en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Colombia oficialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social en los diferentes planes de beneficios existentes, para que se facilite el proceso de adopción en los diferentes niveles de atención en el país, sin generar incongruencias entre lo establecido en la guía y lo que se encuentra vigente en la normatividad a nivel nacional. Una vez surtido este paso de promulgación oficial por parte del Ministerio, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), deberá surtir el proceso de actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS), para incorporar las intervenciones derivadas de las recomendaciones de la GPC. Finalizados estos dos pasos, debe realizarse un proceso de preparación y adecuación institucional para la adopción de las guías, el cual se encuentra descrito en el plan de implementación general de las GPC preparado por la ALIANZA CINETS para el país, el cual está centrado en procesos de formación con multiplicadores y nodos regionales para la asistencia técnica.

IDENTIFICACION DE RECOMENDACIONES CLAVE PARA LA IMPLEMENTACION.

El GDG ha identificado un número de recomendaciones clave para la correcta implementación de la GPC para la detección temprana, diagnóstico, atención integral y seguimiento del embarazo, parto y puerperio. Cada una de las subguías que componen la GPC seleccionó hasta 5 recomendaciones que cumplían con las siguientes características:

a. Representan importantes necesidades de cambio en la práctica, posibles problemas estructurales, de viabilidad financiera o resistencia al cambio derivados de su futura implementación.
b. Tienen impacto potencial en la reducción del daño o riesgo y en el incremento de la efectividad del cuidado.
c. Las acciones o estrategias diseñadas para las recomendaciones seleccionadas puedan impactar otras recomendaciones.
d. Los actores clave mostraron disposición al cambio durante el proceso (pre-socializaciones y consensos).
e. El plazo para obtener desenlaces visibles/medibles es corto o mediano.

Las 32 recomendaciones seleccionadas se listan en la Tabla 5.

TABLA 5. <u>Recomendaciones clave para la implementación</u>

SECCION 1. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO.

A (↑)	Se recomienda realizar una ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días con el fin de: (1) Mejorar la evaluación de la edad gestacional utilizando la longitud céfalo-caudal fetal. (2) Detectar precozmente los embarazos múltiples. Detectar algunas malformaciones fetales mediante la translucencia nucal, la cual debe ser medida por profesionales con entrenamiento y certificación.
A **(↑)**	Se recomienda realizar rutinariamente una ecografía de detalle, por profesionales con entrenamiento y certificación, entre la semana 18 y semana 23+6 días para la detección de anomalías estructurales.
B **(↑)**	No se recomienda la ecografía rutinaria después de la semana 24 de gestación en gestantes de embarazos de curso normal, pues no hay evidencia que la ecografía de rutina en el tercer trimestre de la gestación mejore los resultados perinatales y puede por el contrario aumentar el número de cesáreas no indicadas.
B **(↑)**	Se recomienda ofrecer educación sobre lactancia materna a todas las gestantes desde su primer control prenatal, incluyendo técnicas y buenas prácticas que ayuden a la mujer a tener éxito en la lactancia materna, tal como se detalla en la "Iniciativa Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia" del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Ministerio de la Salud y Protección Social.
B **(↑)**	Se recomienda incluir en las estrategias de educación en lactancia materna al personal de salud, a la familia y a otros miembros de la comunidad (pares sociales).
C **(↑)**	Durante todo el control prenatal y postparto se recomienda la educación en lactancia materna mediante talleres y consejerías específicas para aquellas mujeres quienes expresan su decisión de lactar a sus hijos y para las que aún no han decidido el tipo de alimentación que les ofrecerán.
B **(↑)**	Se recomienda realizar la tamización de rutina para Estreptococo del Grupo B (EGB) durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal.
B **(↑)**	Si se detecta presencia de Estreptococo del Grupo B (EGB) en un urocultivo tomado en el último trimestre, se recomienda dar tratamiento intraparto sin necesidad de realizar la tamización con cultivo rectal y vaginal.
B **(↑)**	Se recomienda que a todas las gestantes se les realice una Prueba de Tolerancia Oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación, teniendo en cuenta que los valores normales son: • Basal: < 92 mg/dL • 1 hora: < 180 mg/dL • 2 horas: <153 mg/dL
B **(↑)**	No se recomienda el tamizaje de diabetes gestacional usando glicemia basal ni uroanálisis para la detección de glucosa.

SECCION 2. ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO

B (↑)	Si se utilizan tiras reactivas de lectura automatizada para la detección de proteinuria significativa, y un resultado de 1+ o mayor es obtenido, se recomienda la confirmación de proteinuria significativa con la estimación de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada, o con la recolección de orina en 24 horas.
B (↑)	La proteinuria significativa se confirma si el valor de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada es mayor de 30 mg/mmol o si el resultado de proteína en orina recolectada en 24 horas es mayor a 300 mg.

SECCION 3. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

A (↑)	En pacientes con ruptura de membranas, se recomienda una dosis única de rescate de corticosteroides prenatales si la paciente recibió un ciclo completo de corticoides para maduración pulmonar hace más de una semana y la edad gestacional actual es menor a 34 semanas.
A (↑)	No se recomienda la administración de tocolíticos en mujeres con RPM en ninguna edad gestacional.
A **(↑)**	Se recomienda el uso de sulfato de magnesio como neuroprotección fetal en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino menor a 32 semanas de gestación.

SECCION 4. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: TOXOPLASMOSIS

B (↑)	Se recomienda tamizar a las gestantes seronegativas con una periodicidad mensual con una prueba de inmunoglobulina (Ig) M para toxoplasma.
A **(↑)**	Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM positiva se realicen prueba de avidez para confirmar la antigüedad de la infección si el embarazo es menor a 16 semanas, e IgA si mayor a 16 semanas.
B **(↑)**	Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM negativas sean seguidas mensualmente en los términos establecidos por esta guía.
B **(↑)**	Se recomienda tratamiento farmacológico con espiramicina (3 g/día por el resto del embarazo) para la infección confirmada por toxoplasma en la gestante.
A **(↑)**	Se recomienda el uso de IgG, IgM e IgA conjuntamente para el diagnóstico de infección congénita por toxoplasma en el recién nacido.

SECCION 5. DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ANOMALÍAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Y DISTÓCICO

D (↑)	Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación. Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica regular.
D (↑)	Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases: • Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo. • Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.
	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta dos horas tanto si tiene como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en multíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase activa del expulsivo en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de hasta dos horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
	La duración normal de la fase activa del expulsivo en multíparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
A (↑)	Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.
D (↑)	Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas.
D (↑)	Se recomienda realizar exploraciones vaginales antes de 4 horas en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos. El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente.
D (↑)	Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor.
D (↑)	Contraindicaciones de la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto: •Rechazo de la madre. •Coagulopatía. •Infección local o sistémica. • Hipovolemia no corregida.
A (↑)	Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.
A (↑)	Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

SECCION 6. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO (HEMORRAGIA POSPARTO Y COMPLICACIONES DEL CHOQUE HEMORRÁGICO POR PLACENTA PREVIA, ABRUPCIO DE PLACENTA Y HEMORRAGIA POSPARTO)

A (↑)	Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia posparto.
C **(↑)**	Se recomienda que cuando se diagnostique hemorragia posparto con cualquier grado de choque, se active el protocolo de código rojo obstétrico que incluya simultáneamente acciones en cuatro áreas de intervención: comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa y control del sangrado.
C **(↑)**	Se recomienda el taponamiento uterino con balón hidrostático (incluye condón), como la primera opción quirúrgica para las mujeres con atonía uterina.
C **(↑)**	En los casos en que las pruebas cruzadas no estén disponibles, se recomienda iniciar con sangre tipo "O negativo" y/o sangre específica sin pruebas cruzadas hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas esté disponible.
A **(↑)**	Se recomienda que el entrenamiento para el manejo de la hemorragia posparto se haga bajo la estrategia de simulación.

ACTORES CLAVE EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN.

Las estrategias contempladas en el plan de implementación están dirigidas a la población profesional que se desempeñe en cualquiera de las áreas de interés de las guías de práctica clínica. Es necesario identificar los actores clave en el futuro proceso de implementación de la GPC en todos los niveles, así como el rol que deben asumir dentro del proceso para poner en marcha las recomendaciones propuestas por la guía de práctica clínica.

Consideramos que el grupo de actores se encuentra dividido en dos subgrupos a los que se debe llegar, con el fin de que se conviertan en facilitadores de estrategias de implementación propuestas en el presente plan.

Usuarios directos de las guías de práctica clínica:

El primer grupo de profesionales se refiere a los profesionales en salud que se desempeñan en las diferentes áreas descritas a continuación, para quienes el plan de implementación garantiza actividades que abarquen los niveles de difusión, diseminación y capacitación.

- Formuladores de política en la planificación, ejecución y evaluación en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, CRES, Superintendencia de Salud, etc.)
- Profesionales y estudiantes de carreras en salud.
- Entidades formadoras de talento humano en salud.
- Investigadores en los diferentes campos de la salud.
- Administradores de servicios de salud, en la atención en salud a grupos de población.
- Auditores en salud.
- Profesionales y especialistas del área asistencial y encargados de los programas de promoción y prevención y de atención materno perinatal.
- Sociedades científicas (Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología, Colegio Médico Colombiano, Asociación Colombiana de Médicos Generales, Sociedad Colombiana de Anestesiología, Asociación Colombiana de Enfermería, entre otras).

Es importante destacar que el grupo de usuarios directos comprende a todos los profesionales del Ministerio de Salud y Protección Social y de las instituciones que en el nivel nacional están encargadas de la coordinación, seguimiento e implementación de la guía de práctica clínica.

El proceso de implementación en este grupo de usuarios se concentrará en las estrategias y actividades que las entidades gubernamentales llevarán a cabo para la implementación de la GPC en instituciones prestadoras de servicios, instituciones educativas y asociaciones de profesionales.

Es importante que cada institución cuente con una persona líder que se encargue del proceso de implementación de la guía. Este podría ser un profesional del grupo de calidad o un especialista en Ginecología y Obstetricia que lidere el grupo de la institución para el proceso de adopción de la guía y que tenga completo conocimiento de las recomendaciones que la componen.

Usuarios indirectos de las guías (otros profesionales):

El segundo grupo está conformado por profesionales del área de la salud y de otros campos, que trabajan temas de salud en general. El plan de implementación garantiza actividades de información y comunicación que les permita usar adecuadamente la guía en sus sitios de trabajo,

- Profesionales de la salud: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, bacteriólogas, radiólogos, gineco-obstetras, enfermeras encargadas del control prenatal, pediatras, neonatólogos, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc.
- Servicios de imágenes diagnósticas.
- Profesionales de otros campos que aborden los temas de salud: economistas, abogados, administradores de empresas, sociólogos, politólogos, entre otros.
- Directivos de instituciones de salud: directores de IPS, EPS, secretarios de salud, directores de separtamentos de salud pública, Organizaciones No Gubernamentales (ONG´s), entre otros.
- Pacientes sujeto de las guías con quienes se realizarán actividades de información y comunicación, centrada en las recomendaciones de las guías, abordadas en las guías de pacientes, que han sido elaboradas como estrategia para fortalecer la adherencia a las guías.

En la Tabla 6 se encuentran los actores específicos identificados para la correcta implementación de las recomendaciones clave, así como el rol que deben asumir para promover la adopción de la conducta recomendada por la GPC.

TABLA 6. Actores clave para la implementación de la GPC

	Actores del proceso	Rol en el Proceso
Profesionales de salud	Personal en formación. Médicos Generales. Especialistas en Obstetricia y Ginecología. Enfermeras y Auxiliares de enfermería. Programas de PEP en materno perinatal de las EPS-IPS del territorio nacional.	a. Promover la adaptación y/o modificación de los protocolos de atención de instituciones de todos los niveles de atención b. Aprender las definiciones sugeridas y adaptarlas al caso de cada paciente. c. Solicitar las pruebas y administrar los tratamientos recomendados acorde con cada caso. d. Conocer la recomendación y propiciar su difusión brindando información al resto del personal de salud y a las pacientes. e. Defender los derechos de las pacientes (por ejemplo, referente al manejo médico del dolor, la adopción de posturas cómodas durante el trabajo de parto, entre otras). f. Fomentar el monitoreo de la recomendación y sus resultados relacionados con los pacientes.
Pacientes	Gestantes en trabajo de parto con sus acompañantes y familiares.	a. Asistir al curso prenatal y resolver dudas y mitos sobre el trabajo de parto. b. Informarse sobre sus derechos y elegir a la persona más apropiada para el acompañamiento. c. Informarse sobre el proceso de trabajo de parto y las posibles intervenciones y exámenes que pueden serle administrados. d. Participar en forma activa y empoderarse del trabajo de parto como un proceso fisiológico donde la madre es el centro de la atención. e. Aceptar y/o demandar las diferentes pruebas diagnósticas recomendadas en la GPC (por ejemplo, para el diagnóstico de toxoplasmosis).
Empresas organizaciones	Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Instituciones formadoras del recurso humano.	a. Permitir la infraestructura necesaria, tanto física como logística, para la implementación de las diferentes recomendaciones de la GPC. b. Conocer las recomendaciones de la guía y verificar su difusión e implementación. c. Permitir la disponibilidad de personal y recursos suficientes de acuerdo a cada nivel de atención. d. Evaluar y medir la implementación de la recomendación localmente. e. Adoptar la GPC como componente de los currículos educativos, verificando la comprensión y adecuada implementación de los nuevos conceptos.
Tomadores de decisión	Ministerio de protección social Secretaría de salud y seccionales. Gerentes de hospitales. Coordinadores de servicios de Obstetricia.	a. Difundir las recomendaciones y su evidencia clínica apara favorecer la modificación de las conductas en el personal de salud. b. Normatizar las recomendaciones mediante resoluciones o actos administrativos que fomenten la adopción de las GPC en el contexto local. c. Evaluar la implementación de las recomendaciones a nivel regional y nacional. d. Garantizar a nivel central la disponibilidad de infraestructura técnica para la adecuada implementación de las recomendaciones (por ejemplo, controles de calidad para pruebas de toxoplasmosis).

IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS

Con el fin de dar cuenta del nivel de aplicabilidad de las recomendaciones de la guía se realizaron varios procesos: 1) la revisión de la inclusión de los medicamentos y procedimientos recomendados por la GPC en el Acuerdo 029 de 2.010 (915) de la CRES, 2) la aplicación del GLIA y análisis de implementabilidad por parte del grupo desarrollador, y 3) encuestas a expertos para identificar barreras externas.

Como producto de la revisión del Acuerdo 029 se identificó que algunas de las recomendaciones elaboradas para las guías plantean procedimientos y/o medicamentos que no hacen parte de los planes de beneficios, generando una limitación para el proceso de adopción de las guías hasta que estos sean incorporados en el POS. En la tabla 7 se describen dichas recomendaciones.

TABLA 7. Recomendaciones con procedimientos/intervenciones no contenidas en el POS.

Recomendaciones	MEDICAMENTO NO POS
Se recomienda informar a las mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal que no se conocen efectos adversos sobre el recién nacido que recibe leche materna con los siguientes medicamentos antihipertensivos: • Labetalol. • Nifedipino. • Enalapril. • Captopril. • Atenolol. • Metoprolol.	Atenolol
En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 150/100 mmHg y 159/109 mmHg, se recomienda: • Monitorizar una sola vez con función renal, electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas. • Realizar dos consultas médicas semanales a control. • Monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria. • No realizar monitoreos adicionales, si no se documenta proteinuria en las visitas posteriores. • Tratamiento antihipertensivo con labetalol o nifedipino oral como	Labetalol

Recomendaciones	MEDICAMENTO NO POS
primera línea con los siguientes objetivos: ○ Lograr presión diastólica igual o menor a 90 mmHg. ○ Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.	
Se recomienda ofrecer a las mujeres con hipertensión gestacional en quienes se contraindique el uso de labetalol y nifedipino, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa.	Labetalol
En caso de confirmación de la trasmisión fetal de toxoplasmosis (pruebas de PCR o ecografías que sugieren compromiso neurológico), se recomienda el cambio a pirimetamina más sulfadiazina más ácido folínico.	Ácido folínico
Se debe tratar a todos los niños con diagnóstico de infección congénita por toxoplasma (sintomáticos o asintomáticos) con pirimetamina + sulfadiazina (1 mg/kg/día y 100mg/kg/día, respectivamente, una vez al día durante un año) más ácido folínico.	Ácido folínico
En caso de efectos adversos y/o limitaciones al tratamiento de primera elección, y a juicio del médico, se puede usar como alternativa clindamicina, sulfadoxina, o azitromicina en conjunto con pirimetamina más ácido folínico.	Pirimetamina, ácido folínico, azitromicina solo es POS para tratamiento de neumonía

Mediante la aplicación del GLIA a las recomendaciones prioritarias, se encontró en general un ambiente interno favorable para la implementación de las guías. Algunas de las barreras identificadas se relacionan con la necesidad de recursos en línea tipo recordatorios para facilitar la implementación. Otras barreras referentes al proceso de cuidado incluyeron el tiempo y número de profesionales insuficientes para la prestación de los servicios asistenciales y la necesidad el compromiso institucional en todos los niveles para la correcta adopción de las recomendaciones.

En la identificación de los comportamientos a modificar y las barreras para el cambio, los expertos del GDG identificaron que la resistencia al cambio por parte del personal de salud junto con las preferencias de los pacientes eran las principales conductas que podrían influenciar la correcta implementación de la GPC. Dichos comportamientos se relacionan con desinformación, desconfianza de los contenidos de las GPC y falta de actualización de los currículos de formación del personal de salud. Las barreras relacionadas con los pacientes se relacionan con desinformación referente a

procedimientos benéficos, el número de pruebas diagnósticas recomendadas y el temor a nuevas tecnologías y su uso. El desconocimiento de los beneficios del parto humanizado y la disponibilidad de tecnologías también son barreras a considerar en las recomendaciones seleccionadas. Toda esta información puede verse en la Tabla 8.

TABLA 8. Identificación de comportamientos modificables, barreras para el cambio y estrategias.

	Comportamientos que deben ser cambiados	**Barreras para el cambio**	**Estrategias propuestas para superar las barreras**
Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo	Resistencia al cambio por parte del personal de salud Aislamiento de las sociedades científicas de los entes gubernamentales. Incapacidad para conciliar las preferencias del paciente con las recomendaciones de la guía. Falta de disponibilidad de tecnología para el adecuado diagnóstico (por ejemplo, ecógrafos en nivel 1).	Desconocimiento de los beneficios de nuevas conductas. Bajo empoderamiento del personal de enfermería en los programas materno-fetales. Baja influencia de las sociedades científicas en los procesos gremiales y laborales. Resistencia del paciente al aumento en el número de procedimientos diagnósticos. Falta de personal y tecnologías adecuadas para el adecuado abordaje del paciente.	Propiciar la difusión de documentación válida dentro del personal de salud. Fomentar la participación del personal de enfermería en el cuidado materno-fetal. Participación activa de las sociedades científicas en los proceso de los entes gubernamentales. Consejería adecuada y actualizada durante el control prenatal y el curso psicoprofiláctico. Mayor inversión en equipos y en personal para el adecuado abordaje del paciente.
Complicaciones Hipertensivas en el embarazo	Adquisición de nuevas habilidades. Incapacidad para conciliar las preferencias del paciente con las recomendaciones de la guía.	Falta de actualización de los currículos y del personal de salud. Resistencia por parte de los familiares (Padres, acompañantes o de la pareja) para seguir la recomendación.	Certificación médica del conocimiento de la Guía, como un requisito para el trabajo con gestantes. Mejoramiento en la relación medico paciente, comunicación más cálida y efectiva. Empoderamiento de los pacientes y su familia en el tema de los derechos y deberes, así como del manejo que se propone. Garantizar la aplicación de los estándares de habilitación. Inicio temprano del control prenatal. Incrementar el acceso a control preconcepcional, con el fin de evaluar riesgos y educar a la mujer y su familia. Garantizar la cobertura y adherencia al control prenatal con un programa de seguimiento a las gestantes.
Infecciones en el Embarazo: Ruptura Prematura de Membranas	Resistencia al cambio por parte del personal de salud.	No se reconoce que las recomendaciones de la guía sean apoyadas con evidencia científica. Percepción de que habrían cambios en los costos si la(s) recomendación(es) es implementada. Percepción de que la recomendación no traerá a los	Socialización de las guías Impresión de las guías y aplicar en la norma técnica que se encuentren en los servicios de atención obstétricas. Estudios de análisis de costos con comparación de conductas con nuevas guías. Análisis de nuevos indicadores como calidad de vida, morbilidad, días de visa saludables. Socialización de estudios clínicos que

	Comportamientos que deben ser cambiados	Barreras para el cambio	Estrategias propuestas para superar las barreras
		pacientes mejores resultados en salud.	aportaron para la creación de las guías, realización de estudios clínicos que demuestren el beneficio clínico y de costos al sistema
Infecciones en el Embarazo: Toxoplasmosis	Resistencia al cambio por parte del personal de salud y los pacientes. Incapacidad para conciliar las preferencias del paciente con las recomendaciones de la guía.	Falta de familiaridad con las recomendaciones contenidas en la guía. Baja disponibilidad del medicamento.	Publicación de guías resumen, elaboración de afiches con flujograma. Folleto con explicación sobre el medicamento y recomendaciones. Talleres de implementación de la guía, Publicación de guías completas, del resumen ejecutivo, elaboración de flujograma en memofichas, sitios web; páginas para dispositivos móviles (teléfonos, tabletas digitales, etc.). Presentaciones en congresos de las especialidades (infectología, ginecología) Publicacion de la versión GPC para pacientes explicando en un leguaje claro y preciso todas las recomendaciones. Facilitar desarrollo del medicamento (Espiramicina) a nivel local, importación regulada a bajo costo.
Atención al Parto Normal	Resistencia al cambio por parte del personal de salud.	Vencer el temor a trabajos de parto prolongados dentro de lo esperado y comprender que cada caso debe individualizarse. Considerar los efectos benéficos de pequeños cambios en procesos e infraestructura sobre los desenlaces maternos y la satisfacción de los usuarios. Percepción de que habrían cambios en los costos si la(s) recomendación(es) es implementada. Comprender la evidencia disponible a favor de la analgesia en el trabajo de parto. Defender el concepto de parto humanizado frente a partos inevitablemente dolorosos.	Difundir el contenido de las guías y la evidencia en que se basan. Propaganda sobre los cursos prenatales, realización de talleres y ejercicios durante el curso y refuerzo de la información recibida mediante videos, folletos y carteleras ubicadas en salas de admisiones de maternidad, sitios de hospitalización y en el sitio de trabajo de parto. Defender el parto humanizado. Liderar los procesos que le permitan a la paciente hacer uso de sus derechos. Contar con monitor fetal en primeros niveles de atención. Talleres y videos durante la atención prenatal (dentro del curso de preparación para el parto y la lactancia). Folletos y carteleras informativas en sala de trabajo de parto.
Hemorragia Obstétrica	Resistencia al cambio por parte del personal de salud. Adquisición de nuevas habilidades.	Subvaloración del riesgo de la hemorragia. Falta de actualización de los currículos y del personal de salud.	Capacitación en la adquisición de competencias. Capacitación en múltiples escenarios, incluyendo simulación.

ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

A continuación se presentan las fases sugeridas para la implementación de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. El orden y secuencia de los momentos no implica un orden asociado con la manera como aquí se describen, de hecho varios deben ser simultáneos para lograr su realización y corresponderán a los contextos técnicos y a la gestión que se requiera propiciar para que todo el proceso de implementación se lleve a cabo.

Como estrategias generales que orientan el plan de implementación se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Lanzamiento: permite que la divulgación de la GPC tenga un buen impacto inicial, aprovechando un acontecimiento (u escenario) relevante relacionado directa o indirectamente con las guías.
- Conformación de alianzas estratégicas: plantea la divulgación como una coordinación entre estamentos/instituciones. Para la conformación de estas alianzas se debe invitar a todos los actores relacionados con el uso de la guía y la generación de políticas alrededor de la misma (sociedades científicas y educativas, e instituciones encargadas de las políticas en torno a salud, por ejemplo).
- Difusión en medios especializados e información dirigida: esta técnica busca concentrar la divulgación en medios de comunicación especializados en temas de salud y políticas públicas relacionadas con la calidad en salud (aprovechar publicaciones monográficas y secciones especiales).
- Presencia en eventos: determinar presencia en eventos dirigidos al grupo objetivo planteado (conferencias, congresos, seminarios, ferias) en un plazo de tres años a partir del lanzamiento de las guías.
- Elaboración de módulos de planificación: esta técnica permite proyectar un determinado número de actividades en los medios seleccionados, que se irán desarrollando en la medida que se van alcanzando objetivos parciales de cobertura y frecuencia (determinados por los indicadores y alcances según el cronograma).

Este método asegura una presencia constante mediante campañas difundidas en medios durante el periodo de implementación de las guías.

Fases de alistamiento

En primer lugar se sugiere la integración de un equipo coordinador en el Ministerio de Salud y Protección Social o en el Instituto de Evaluación de Tecnologías. Este grupo coordinador debe estar acompañado por profesionales expertos en la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio (grupo especializado o grupo temático especializado). Este grupo especializado, será quien lidere la implementación de la GPC embarazo, parto y puerperio, incluyendo asistencia técnica en el territorio nacional para el proceso de adopción.

Algunas funciones recomendadas para el grupo especializado en la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio son:

a. Coordinar la ejecución del plan de implementación, lo que implica la gestión necesaria para el proceso de ajustes institucionales necesarios dirigidos hacia la adopción efectiva de la GPC, coordinando la incorporación de la GPC como parte de las responsabilidades contenidas en el Manual de Acreditación en Salud, Ambulatorio y Hospitalario Versión 04 – 2.012 (910).
b. Elaborar una resolución oficial de adopción de las guías, promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social, como parte del proceso de legitimación de las mismas en el contexto nacional.
c. Hacer seguimiento a la CRES en el proceso de incorporación de procedimientos y medicamentos incluidos en la GPC dentro de los planes de beneficios del plan obligatorio de salud.

d. Brindar asistencia técnica a los departamentos y municipios para el proceso de adopción de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
e. Desarrollar mecanismos de incentivos institucionales o profesionales para la adopción de la GPC, en el marco del sistema general de calidad de la atención en salud y de los sistemas institucionales de incentivos y estímulos.
f. Conformar nodos territoriales que faciliten el proceso de capacitación y formación, necesarios en los diferentes niveles de atención en el ámbito nacional, para la adopción de la GPC.
g. Actualizar la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio de acuerdo con la evidencia científica disponible.

De la fase de alistamiento, hace parte la medición de capacidades tecnológicas de innovación en la implementación de la GPC, cuyo resultado concreto son las áreas clave de intervención en la organización para que la implementación sea exitosa. Esto se puede alcanzar si se conocen las capacidades tecnológicas de innovación de los involucrados en su aplicación y se determinan los esfuerzos institucionales clave para garantizar su desarrollo. Es probable que aunque la GPC esté disponible para IPS y EPS, el documento se mantenga sin aplicación cuando las capacidades para incorporarla como una innovación tecnológica no se encuentren disponibles.

La línea de base debe hacer la medición en tres grupos de organizaciones:

Grupo 1: todas las IPS acreditadas en Colombia por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC).

Grupo 2: una muestra de IPS habilitadas, con intención de acreditación.

Grupo 3: una muestra de IPS habilitadas, sin intención de acreditación.

Los resultados en cada grupo, podrán brindar indicios al Ministerio de Salud y Protección Social, así como al Instituto de Evaluación de Tecnología (en donde se propone tenga asiento el grupo coordinador nacional de implementación de las GPC), sobre los esfuerzos específicos que es necesario realizar en cada conjunto de instituciones, para la implementación exitosa de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio o de cualquier otra GPC.

Definición del horizonte de innovación:

Para la definición del horizonte de innovación se realiza el siguiente proceso:

1. Identificación de problemas para la implementación de una tecnología como la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
2. Priorización del problema o los problemas a intervenir para la implementación de la tecnología de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
3. Análisis de los problemas seleccionados, con la metodología de marco lógico.
4. Análisis de los problemas en relación con los componentes de la tecnología y desde la perspectiva de cada uno de los actores.
5. Disección y caracterización en la perspectiva de cada actor en las cinco celdas capacidades, potencialidades, deficiencias.
6. Disección de las soluciones, analizadas desde los diferentes componentes de tecnología.
7. Formulación del proyecto de la comunidad de práctica.
8. Ejecución del proyecto que contiene el horizonte de innovación.
9. Evaluación.

Fase de difusión y diseminación

Para realizar este proceso es necesario tener en cuenta la localización de los profesionales propuestos dentro de la población objetivo, así como de las instituciones públicas y privadas que agrupan a la población objetivo.

Para esto se proponen las siguientes alternativas:

- Identificación de las agremiaciones más destacadas a nivel nacional que reúnan con mayor eficacia a los profesionales planteados, expertos en el trabajo en embarazo, parto y puerperio.
- Envío a las sedes principales de estas agremiaciones e instituciones de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, tanto en medio físico como electrónico, teniendo en cuenta todas las sedes principales de estas Instituciones y centrándose en el personal que trabaja directamente con ellas. Esta es una de las estrategias fundamentales sugeridas por el GDG para el inicio de la adopción de la GPC (Tabla 4).
- Invitación directa y especial al lanzamiento de las guías, para las directivas y asociados de estas agremiaciones e instituciones, a través de correo físico, electrónico y los boletines virtuales elaborados por la oficina de comunicaciones del Ministerio o la instancia encargada.
- Invitación especial a estas agremiaciones para participar de las estrategias de educación propuestas en este plan de implementación.
- Identificación de las Instituciones públicas y privadas de salud, que son potenciales usuarias de las guías.
- Utilización de los medios de comunicación físicos y virtuales existentes en las instituciones educativas, de salud, sociedades científicas o agremiaciones, como boletines institucionales o revistas, para difundir la información de las guías y la importancia de su adopción.

- Participación en eventos científicos dirigidos al grupo objetivo, especialmente en aquellos que tengan alcance nacional y estén reconocidos por los profesionales encargados de la atención del embarazo, parto y puerperio. La participación en estos eventos con actividades de las estrategias de información, se hace básicamente con el fin de informar sobre la existencia de las guías, su importancia y dónde conseguir mayor información sobre ellas.
- Énfasis en comunicación interactiva: dadas las características del grupo objetivo que tiene acceso a estas tecnologías, en la mayoría de los casos puede plantearse una estrategia de comunicación centrada en medios interactivos. La gran diversificación y la penetración de internet, lo ha convertido en un medio con el alcance de más alto crecimiento en la historia. Pueden ser dos tipos de medios para esta estrategia comunicativa:
    a) Medios off- line: los que no requieren de conexión a Internet como CD's y DVD's, que deben contener todo el material desarrollado para las estrategias de difusión y diseminación, como conferencias, talleres, cursos virtuales, documentos de las guías, y cualquier otro documento de interés.
    b) Medios on-line: los que requieren de conexión a Internet; estos pueden incluir un enlace en la página web del Ministerio (o la institución encargada) con información de las guías, los periódicos de circulación nacional, todos los tipos de promoción en internet, la biblioteca virtual, revista electrónica sobre guías, WAP (formato para dispositivos móviles), etc. Este punto fue sugerido por el GDG como fundamental para la completa adopción de las recomendaciones.

Efectos esperados de adecuadas estrategias de difusión, diseminación y adopción de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio**:**

Como resultado del proceso previamente descrito se espera fomentar:

- El desarrollo de capacidades tecnológicas institucionales de uso de la evidencia científica para la comprensión e intervención de problemas en la prestación de servicios de salud relacionados con el embarazo, parto y puerperio.
- El diseño y formulación de sistemas de gestión de la tecnología y el conocimiento, con fundamento en los cuales las IPS y las EPS usuarias de las GPC, puedan hacer uso inteligente de ese tipo de tecnología, y su uso se convierta en una rutina institucional, que les permita no sólo mejorar su capacidad de respuesta a las demandas específicas de los usuarios de los servicios de salud, sino generar innovaciones de producto o servicio.
- El incremento razonable del uso de los datos y la información para generación de conocimiento entre los médicos y los usuarios.
- El aumento de la capacidad de los prestadores de salud para adoptar las recomendaciones contenidas en la GPC, tomando en cuenta, por supuesto, las preferencias de los pacientes y los límites establecidos en los contenidos del POS.

<u>En las instituciones públicas:</u>

- En el marco de IPS y EPS públicas, se espera que los profesionales que se encuentren en carrera administrativa y que por lo tanto son objeto de evaluación y calificación de servicios, incluyan en concertación con sus jefes inmediatos, objetivos de desempeño relacionados con la adherencia a la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio adoptada por las IPS y las EPS.

<u>En las IPS y EPS:</u>

- Diseño y formulación de sistemas de gestión de la tecnología, el conocimiento y la innovación, en el marco de los cuales el uso de este tipo de tecnologías tenga

efecto no sólo sobre el acto médico o asistencial, sino sobre la generación de conocimiento general en las organizaciones.

- Ajuste de los procesos de habilitación en todos los estándares, de acuerdo con las modificaciones de estructura o de proceso que sean indispensables para que la GPC se desarrolle adecuadamente.
- Revisión y ajuste de los Sistemas de Información de los que dispongan las IPS y las EPS, de tal manera que en el Módulo de Historia Clínica Electrónica, los profesionales dispongan del inventario de las GPC elaboradas.
- Ajuste y revisión de las estrategias de Telesalud y Telemedicina de los que dispongan las IPS y las EPS, de tal manera que incorporen y hagan exigibles la consulta, el uso y la evaluación de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
- Desarrollo de jornadas semestrales de *Innovation jam (916)* sobre la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Se trata de jornadas de no menos de cuatro y no más de ocho horas, en las cuales los profesionales de las instituciones y en general los usuarios de la GPC en las IPS y EPS, responden guías orientadoras elaboradas y aprobadas por la Dirección o Jefatura de red de servicios (o la dependencia que haga sus veces), y proponen ajustes o innovaciones sobre la prestación de servicios de salud relacionadas con la temáticas del embarazo, parto y puerperio. Los resultados deben ser usados por la organización, para la generación de innovaciones. La participación de los involucrados, probada por el uso de correos electrónicos y la consulta del enlace para la jornada dispuesto en la *home page* de la Organización, debe generar puntaje para participación en cursos o congresos, y para la selección de profesionales a los que se brindará atención personalizada para el desarrollo de la GPC y otros procesos de mejoramiento.

En las Instituciones de Educación Superior con programas de formación en salud con las que las IPS han suscrito Convenios Docente Asistenciales -CDA:

- Revisión y ajuste de los Convenios Docencia Servicio (CDA) de tal manera que sea exigible entre los involucrados en el CDA la consulta y uso de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Este punto fue sugerido por el GDG como fundamental para la completa adopción de las recomendaciones.

En los formuladores de políticas públicas:

- Desarrollo de capacidades tecnológicas institucionales de uso de la evidencia científica para la comprensión e intervención de problemas en la prestación de servicios de salud relacionados con la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
- Identificación y caracterización de las capacidades institucionales de asistencia técnica y asesoría a las IPS y EPS que implementarán la GPC.
- Revisión y ajuste de los procesos que las autoridades sanitarias han desarrollado para organizar la red de servicios de salud en sus jurisdicciones, de acuerdo con las competencias establecidas en la normatividad vigente, de tal manera que se desarrollen mecanismos efectivos de asesoría y asistencia técnica a las IPS de su jurisdicción en el desarrollo de capacidades para la implementación y el seguimiento de la GPC.
- Generación de un programa de amigos de la lactancia materna como estrategia para el fortalecimiento de esta práctica. Este punto fue sugerido por el GDG como fundamental para la completa adopción de las recomendaciones.

En los usuarios directos de los servicios de salud:

- Información disponible para las Veedurías Ciudadanas en Salud, de tal manera que retroalimenten a sus representados y a las IPS y EPS en la necesidad del uso y adherencia a la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Formación y capacitación

Esta estrategia estará dirigida principalmente al grupo de profesionales en salud encargados de la aplicación directa de las guías de práctica clínica. Consiste en la formación académica sobre las guías, centrada en un grupo de multiplicadores.

A continuación se presentan los medios y las actividades para desarrollar esta estrategia.

Instituciones educativas como multiplicadoras

Las instituciones formadoras de talento humano en salud (medicina, enfermería, especialidades, auditoría en salud, etc.) se consideran el medio más adecuado para que el Ministerio, en alianza con tales instituciones, desarrolle un componente importante de la estrategia de educación. En este proceso las asociaciones de profesionales y sociedades científicas cumplen la función de impulsoras de estas iniciativas académicas a través de la gestión con los asociados y ex alumnos.

Actividades propuestas para este medio:

Las actividades enumeradas a continuación, estarán dirigidas a las instituciones educativas, asociaciones de profesionales, pacientes y sociedades científicas que actuarán como agentes multiplicadores de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

a. Entrega del documento de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio a las diferentes Facultades, Departamentos o Carreras. Estos documentos deben reemplazar el material empleado hasta la fecha o incorporarlo, es decir se debe incluir este tema en los planes de estudio de los diferentes programas académicos, para asegurar que todos los estudiantes en formación logren el conocimiento y la adecuada utilización de la GPC. Este punto fue sugerido por le GDG como fundamental para la completa adopción de las recomendaciones.
b. Página web interactiva en donde toda la población objetivo y los profesionales puedan encontrar fácilmente y de manera permanente, todo el material producido de la GPC.
c. Cursos de formación de multiplicadores de la GPC, dirigido al grupo que tendrá la responsabilidad de realizar la formación de todos los usuarios directos e indirectos de las guías en el país. Este curso tendrá carácter teórico-práctico, y será desarrollado con la participación de miembros de los equipos que participaron activamente en el proceso de definición de las guías. Se sugiere explorar en los grupos de participantes las estrategias metodológicas para realizar esta actividad, con el fin de maximizar el aprendizaje significativo. Con esto se busca generar nodos territoriales que puedan encargarse del proceso educativo en todo el país y de esta forma, descentralizar el proceso para facilitar y agilizar la implementación y adopción de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
d. Curso Virtual sobre la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio y su aplicación en plataformas de educación virtual (por ejemplo Blackboard) ya establecidas. Las plataformas de educación virtual (e-Learning) se consideran una herramienta avanzada de tele-enseñanza que permite la transmisión de audio y video de calidad, así como de diapositivas explicativas.

Se recomienda que con estos talleres se llegue a toda la población objetivo de la GPC y que sean desarrollados en alianza con universidades formadoras de profesionales en salud. Es importante que dentro del proceso de desarrollo de estos talleres, se planteé una alternativa resumida del mismo (ponencia/conferencia), con el fin de participar en eventos académicos, foros y encuentros de relevancia para el grupo poblacional objetivo.

Estrategias educativas para pacientes

- Elaboración de folletos informativos con las temáticas planteadas en el ítem anterior, con el fin de ser trabajados en las citas de control prenatal y actividades educativas trabajadas con las mujeres gestantes.
- Talleres de formación para pares sociales con el fin de hacerlos multiplicadores de los beneficios de la lactancia materna y de la importancia del control prenatal, proceso de preparación para el parto, derechos y deberes como pacientes y de la importancia del control prenatal y la importancia de no consumir agua sin hervir, directamente del grifo o que no sea potable, con el fin de prevenir la infección por toxoplasmosis. Puede considerarse que estos talleres se conviertan en un requisito para el ejercicio clínico en todos los profesionales de salud relacionados con la salud materna.
- Implementación efectiva de la guía de pacientes elaborada, con el fin de fortalecer el trabajo de adherencia a las guías, así como facilitar la implementación de las recomendaciones.
- Para la recomendación específica sobre la importancia de consumir solamente agua potable, se recomiendan campañas de difusión masiva en los diferentes medios, con el fin de facilitar su cumplimiento.

<u>Medios de comunicación interactiva como canales para la educación.</u>

En la estrategia de educación, los medios interactivos proporcionan información académica sobre las guías de práctica clínica por demanda al público objetivo e incluyen:

el internet y los programas informáticos presentados en el sitio web, o como CD interactivo para su uso sin conexión a Internet.

Actividades propuestas para este medio:

- Disponibilidad de documentos de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio en página web para su estudio, como parte de la aplicación de la propuesta de favorecer la libertad de uso, distribución y reproducción de este documento.
- Disponibilidad de la documentación relacionada y de soporte (biblioteca virtual) para la GPC en la página web.
- Revista electrónica, trimestral sobre la GPC con contenido especializado en recomendaciones para su aplicación, divulgación y enseñanza.
- CD's o DVD's con todos los documentos mencionados en los anteriores numerales, para su uso sin conexión a internet.
- Se propone realizar una biblioteca virtual dentro de la página web de las guías de práctica clínica para descarga de documentos destinados al equipo de trabajo y al público en general. Se debe contar con disponibilidad de documentación relacionada y de soporte sobre las guías de práctica clínica. Para garantizar la dinámica de este medio, requiere la asignación permanente de un grupo de expertos en el tema que coordine la actividad de actualización y/o contacto con usuarios para recoger propuestas, estudiarlas y decidir la publicación del material; se propone rotar esta responsabilidad entre grupos de profesionales de instituciones, durante un periodo de dos años.
- Herramienta de las guías para los dispositivos móviles.
- Se propone realizar una interfase de actualización interna, clasificada por temas y fechas de publicación, que permita que un equipo de trabajo suba documentos de interés para la comunidad de usuarios a la biblioteca.
- Presencia académica en eventos: participación en eventos que estén dirigidos a profesionales pertenecientes al grupo objetivo, por medio de conferencias y

talleres. Estos eventos pueden ser encuentros gremiales, coloquios, simposios y congresos, entre otros, a desarrollarse en todo el territorio nacional.

- Conferencias en versiones resumidas para su inclusión en eventos seleccionados dentro de este plan.
- Talleres sobre aspectos específicos de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio para desarrollar en eventos seleccionados.

PLAN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN

Es claro que la implementación de la GPC supone no sólo que los profesionales de la salud dispongan de la adherencia suficiente para que la GPC sea desplegada (para lo cual debe disponerse de indicadores que la identifiquen y la midan), sino que además se disponga de un entorno institucional favorable para que ésta sea implementada. Para ello, se propone establecer un Tablero General de Indicadores que busca identificar y medir procesos centrales que puedan afectar la implementación de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Fases o pasos para el seguimiento y evaluación del plan de implementación

El GDG ha propuesto un total de 30 indicadores que permiten un seguimiento y evaluación de la implementación de las recomendaciones clave de la GPC. Estos indicadores expresados como una proporción pueden convertirse fácilmente a porcentajes en el caso de ser requerido.

El GDG considera que la estimación de estas cifras deben recolectarse con una periodicidad mensual y atendiendo los diferentes denominadores en cada caso. En la mayoría se requiere conocer el número de gestantes en una semana o periodo gestacional específico. Esta cifra puede variar mes a mes acorde con la admisión institucional de gestantes con embarazos de curso normal en control prenatal o trabajo de parto.

Las cifras recolectadas institucionalmente deberán remitirse al organismo encargado de la implementación de la GPC cada 6 meses durante los 3 años de implementación de la guía, y siempre y cuando no se hayan generado procesos de actualización de la misma en este lapso de tiempo.

1. Indicadores de evaluación

Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo		
Indicador	**Definición**	**Formula**
Porcentaje de gestantes con ecografías de primer trimestre.	Estimar la proporción de gestantes que se realizan la ecografía del primer trimestre.	Número de pacientes con ecografía entre las semanas 10+6 a 13+6 / Número total de gestantes en el control prenatal.
Porcentaje de adherencia al tamizaje de enfermedad fetal del primer trimestre.	Estima la proporción de gestantes con ecografías realizadas en el primer trimestre.	Número de pacientes con al menos una ecografía de la semana 10+6 a 13+6/ Número total de pacientes en las semanas 10+6 a 13+6.
Porcentaje de gestantes con ecografías de segundo trimestre	Estimar la proporción de gestantes que se realizan la ecografía del segundo trimestre.	Número de pacientes con ecografía entre las semanas 18 a 23+6 / Número total de gestantes en el control prenatal.
Porcentaje de adherencia al tamizaje de enfermedad fetal del segundo trimestre	Estima la proporción de gestantes con ecografías realizadas en el segundo trimestre.	Número de pacientes con al menos una ecografía de la semana 18 a 23+6/ Número total de pacientes en las semanas 18 a 23+6.
Porcentaje de gestantes con educación en lactancia materna.	Estima la proporción de gestantes con educación en lactancia materna durante el control prenatal.	Número de pacientes con educación en lactancia materna confirmada en la historia clínica /Número total de gestantes.
Proporción de gestantes con diagnóstico para diabetes gestacional.	Estima la proporción de pacientes con PTOG entre el total de las gestantes.	Número de pacientes con prueba de tolerancia a glucosa (PTOG) entre las semanas 24 a 28/ Número total de gestantes en el control prenatal.
Proporción de adherencia al diagnóstico de diabetes gestacional entre las semanas 24 a 28	Estima la proporción de pacientes con PTOG entre las gestantes de las semanas 24 a 28.	Número de pacientes con prueba de tolerancia a glucosa (PTOG) entre las semanas 24 a 28/ Número total de gestantes entre las semanas 24 a 28.
Proporción de pacientes con tamización de estreptococo del grupo B.	Estima la proporción de gestantes tamizadas para estreptococo del grupo B entre el total de las gestantes en control prenatal.	Número de pacientes con cultivo para estreptococo del grupo B durante las semanas 35 a 37 o urocultivo para estreptococo durante la semanas 14 a 16/ Número total de gestantes en el control prenatal.
Proporción de pacientes entre las semanas 35 a 37 con tamización de estreptococo del grupo B.	Estima la proporción de gestantes tamizadas para estreptococo del grupo B entre las gestantes de las semanas 35 a 37.	Número de pacientes con cultivo para estreptococo del grupo B durante las semanas 35 a 37/ Número total de gestantes entre las semanas 35 a 37
Complicaciones Hipertensivas en el embarazo		
Indicador	**Definición**	**Formula**
Proporción de gestantes con proteinuria significativa confirmada ante uso de tiras reactivas de lectura automatizada	Estima la proporción de proteinuria significativa confirmada cuando se hace uso de tiras reactivas de lectura automatizada.	Número de gestantes con tiras reactivas de lectura automatizada con resultados de 1+ o superiores y estimación de la relación proteinuria-creatinuria en muestra aislada o en recolección de orina en 24 horas / Número de gestantes con tiras reactivas de lectura automatizada con resultados de 1+ o superiores.
Proporción de visitas de monitorización de valores de proteinuria.	Estima el número de visitas en las cuales se monitorea el valor de la proteinuria ya sea por sistemas	Número de visitas en las que se estableció el valor de la proteinuria / Número de visitas a la gestante con hipertensión gestacional

	automatizados o por la relación proteinuria-creatinuria.	
Ruptura Prematura de Membranas		
Indicador	**Definición**	**Formula**
Porcentaje de sulfato de magnesio para Neuroprotección.	Estima la proporción de adherencia a la recomendación de neuroprotección con sulfato de magnesio.	Numero de recién nacido con gestaciones menores a 32 semanas que recibieron esquema de neuroproteccion por sulfato de magnesio/Total de recién nacido con gestaciones menores a 32 semanas que recibieron esquema de neuroproteccion por sulfato de magnesio.
Porcentaje de dosis de rescate en RPM previo a la semana 34.	Estima la proporción de recién nacido con gestaciones menores a 34 semanas, RPM y primer ciclo completo de corticoides a quienes se les suministra el beneficio adicional de una dosis de rescate de corticoides.	Número de recién nacido con gestaciones menores a 34 semanas, RPM y primer ciclo completo de corticoides y una dosis de rescate / Número de recién nacido con gestaciones menores a 34 semanas, RPM y primer ciclo completo de corticoides. El indicador no necesariamente deberá ser 100% o similar.
Infecciones en el Embarazo: Toxoplasmosis		
Indicador	**Definición**	**Formula**
Proporción de gestantes tamizadas para infección por toxoplasma.	Estima la proporción de gestantes seronegativas que reciben tamización con IgM para toxoplasmosis durante el mes de estimación del indicador.	Número de gestantes seronegativas con tamización con IgM para toxoplasma/ Número de gestantes seronegativas en el mes estimado.
Proporción de gestantes con pruebas confirmatorias para infección gestacional por toxoplasma.	Estima la proporción de mujeres con pruebas confirmatorias para toxoplasma acorde con la semana gestacional.	Número de mujeres con embarazos menores a 16 semanas e IgG + IgM positivas con pruebas de avidez/Número de mujeres con embarazos menores a 16 semanas e IgG + IgM positivas
		Número de mujeres con embarazos mayores a 16 semanas e IgG + IgM positivas con pruebas de IgA/Número de mujeres con embarazos mayores a 16 semanas e IgG + IgM positivas
Proporción de gestantes con toxoplasmosis en tratamiento farmacológico.	Estima la proporción de gestantes con tratamiento farmacológico con espiramicina en presencia de toxoplasmosis gestacional confirmada.	Número de gestantes con toxoplasmosis gestacional confirmada y tratamiento diario con Espiramicina/Número de gestantes con toxoplasmosis gestacional confirmada.
Proporción de recién nacidos con pruebas completas para infección congénita por toxoplasma.	Estima la proporción de recién nacidos con pruebas necesarias para determinar la infección congénita por toxoplasma.	Número de recién nacidos con sospecha de infección congénita por toxoplasma y resultados de IgG, IgM a IgA /Número de recién nacidos con sospecha de infección congénita por toxoplasma.
Atención del Parto Normal		
Indicador	**Definición**	**Formula**
% de partos por cesárea por prolongación del 1er periodo.	Estima la proporción de partos quirúrgicos indicados por prolongación del primer periodo del parto.	Partos por cesárea por trabajo de parto prolongado/ total de partos por cesárea.
% parto operatorios por prolongación del segundo periodo del parto.	Estima la proporción de partos quirúrgicos (instrumentados o por cesárea) indicados por prolongación del expulsivo.	Partos instrumentados o por cesárea por expulsivo prolongado/total de partos instrumentados o por cesárea.
% de pacientes acompañadas durante	Estima la proporción de pacientes	Número de pacientes acompañadas durante el

el trabajo de parto.	acompañadas por familiar o persona elegidas libremente por la gestante.	trabajo de parto /total de mujeres en trabajo de parto de la institución.
% de acompañamiento familiar efectivo.	Estima la proporción de pacientes efectivamente por familiar o persona elegidas libremente por la gestante. Constituye una medida de adherencia por parte de las instituciones.	% de pacientes acompañadas por personas diferentes del personal de salud / pacientes que solicitaron acompañamiento.
Uso de analgesia.	Estima la proporción de partos vaginales atendidos con analgesia.	Número de trabajo de parto con analgesia neuroaxial / número total de nacimientos vaginales.
Rechazo de analgesia.	Estima la proporción de mujeres que rechazan manejo farmacológico del dolor durante el trabajo de parto.	Número de mujeres que rechazan los métodos de manejo del dolor/total de nacimiento por vía vaginal.
Uso efectivo de analgesia intra parto.	Estima la frecuencia de uso efectivo de métodos de alivio del dolor (adherencia).	Número de trabajos de parto con analgesia proporcionada/Número total de pacientes que solicita analgesia intraparto.
Porcentaje de uso de analgesia neuroaxial.	Estima la proporción de pacientes con alivio del dolor mediante analgesia neuroaxial.	Número de partos atendidos con analgesia neuroaxial/ Número de pacientes con manejo del dolor intraparto.
Porcentaje de uso de analgesia opioide.	Estima la proporción de pacientes con alivio del dolor mediante analgesia con opiodes.	Número de partos atendidos con opioides/ Número de pacientes con manejo del dolor intraparto.
Porcentaje de uso métodos alternativos.	Estima la proporción de pacientes con uso de métodos alternativos (pelotas de parto, compresas calientes, inyección de agua estéril, masaje, acupuntura).	Número de partos atendidos con analgesia alternativa/ Número total de nacimientos por vía vaginal.
Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo		
Indicador	**Definición**	**Formula**
Proporción de gestantes con manejo activo del alumbramiento.	Estima la proporción de manejo activo del alumbramiento en las gestantes en trabajo de parto con el fin de prevenir la hemorragia posparto.	Número de mujeres al final de segundo periodo del parto y manejo activo del alumbramiento/Número de mujeres al final del segundo periodo del parto.
Proporción de gestantes con atonía uterina con manejo quirúrgico.	Estima la proporción de mujeres con atonía uterina sin respuesta al manejo médico en las cuales el recurso quirúrgico es empleado.	Número de mujeres con atonía uterina sin respuesta al manejo médico y taponamiento uterino con balón hidrostático /Número de mujeres con atonía uterina sin respuesta al manejo médico.
Proporción de casos de hemorragia obstétrica con completa activación del protocolo de código rojo.	Estima la proporción de casos de hemorragia posparto en las cuales se ha activado el protocolo de código rojo obstétrico en las 4 áreas esenciales.	Número de casos de hemorragia posparto con activación completa del código rojo obstétrico /Número de casos de hemorragia posparto.

ABREVIATURAS

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

ALT: Alanino aminotranferasa.

AST: Aspartato aminotransferasa.

ARA II: Antagonistas de los receptores de angiotensina II.

AGREE: Appraisal of Guidelines research and evaluation.

AI: Auscultación intermitente

BPP: Bio Physical Profile o perfil biofísico fetal.

CIM: Concentración inhibitoria mínima.

CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología

CD: Disco compacto

CPN: Control Prenatal

CTG: Cardiotocografía

DM: Diferencia de medias.

DR: Diferencias de riesgos.

DARE: Database of Abstracts of Reviews of Effects.

DE: Desviación estándar.

DELBI: Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung.

DOR: Diagnostic Odds Ratio: OR de Diagnóstico.

DVD: Digital Video Disc (Disco de Video Digital).

ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

ECC: Ensayo clínico controlado.

EE: Evaluaciones económicas.

EEC: Espinal-epidural combinada.

EGB: Estreptococo del Grupo B.

EMBASE: Experta Medica data Base.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

Esp: Especificidad (de una prueba diagnóstica).

FCF: Frecuencia cardíaca fetal.

GPC: Guía de Práctica Clínica.

GG: Grupo gestor de la GPC.

GDG: Grupo Desarrollador de GPC.

GM: Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Atención Integral.

GPC: Guía de práctica clínica.

GLIA: Guideline Implementability Appraisal.

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

CTG: Cardiotocografía.

FUM: Fecha de última menstruación.

HBPM: Heparina de bajo peso molecular.

HELLP: Hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count (sigla en ingles).

HPP: Hemorragia posparto.

IC: Intervalo de confianza.

ILA: índice de líquido amniótico.

IM: Intramuscular.

IPS: Institución Prestadora de servicios de Salud.

IV: Intravenoso.

LR^+: Razón de probabilidad positiva (de una prueba diagnóstica).

LR^-: Razón de probabilidad negativa (de una prueba diagnóstica).

LS: Límite superior.

MEF: Monitorización electrónica fetal.

MEFC: Monitorización electrónica fetal continua.

MEFI: Monitorización electrónica fetal intermitente.

MeSH: Medical Subject Heading.

MFC: monitoría fetal continua.

MHRA: Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (sigla en inglés).

MgSO4: Sulfato de magnesio.

MSF: muestra de sangre fetal.

NE: Nivel de evidencia.

NHS: National Health Service.

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence.

PICO/ PECO: Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o Resultado.

PECOT: Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o Resultado/ Tiempo.

PECOT+R: Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o Resultado/ Tiempo+ Recursos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: Odds ratio.

PCA: Analgesia epidural controlada por paciente.

RAP: Riesgo atribuible poblacional.

RAR: Reducción absoluta del Riesgo.

RCIU: Restricción de crecimiento intrauterino.

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

RCTG: Registro cardiotocográfico.

RPM: Ruptura Prematura de Membranas.

RN: Recién nacido

RR: Riesgo relativo = razón de riesgos.

RS: Revisión sistemática.

RS-MA: Revisión sistemática-metanálisis.

SaO2: saturación arterial de oxígeno.

Sens: sensibilidad (de una prueba diagnóstica).

SGSSS: Sistema general de Seguridad Social en Salud.

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

ST: segmento ST del electrocardiograma fetal.

TCA: Target Control Infusión.

TENS: Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

TORCH: Toxoplasma, Rubéola, Citomegaloviris, Herpes y Otras infecciones como Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hepatitis, Sífilis, Parvovirus, etc.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

UCIN: Unidad de Cuidado Intensivos neonatal.

VPN: Valor Predictivo Negativo (de una prueba diagnóstica).

VPP: Valor Predictivo Positivo (de una prueba diagnóstica).

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. **Abrupcio de placenta:** Es la separación de la placenta normalmente insertada antes del nacimiento del bebé.
2. **Acompañamiento:** Presencia, desde el ingreso, de la persona elegida por la mujer durante todo el proceso de parto y nacimiento.
3. **Acretismo placentario:** Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta con ausencia total o parcial de la decidua basal con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.
4. **Amniotomía:** Ruptura artificial de las membranas ovulares.
5. **Amniorrexis:** amniotomía.
6. **Analgesia combinada:** Analgesia intradural+analgesia epidural.
7. **Analgesia epidural:** Tipo de analgesia neuroaxial en la que se administra el anestésico en las proximidades de la médula (espacio epidural), sin perforar la duramadre.
8. **Analgesia epidural ambulante** = Walking-epidural (WE): Se denomina "*Walking epidural*" a la técnica analgésica que permite a la embarazada mantener su movilidad durante la primera fase del parto, al mismo tiempo que se mantiene una buena calidad analgésica. La epidural ambulante consiste básicamente en reducir la cantidad de anestésico neuroaxial, usando para ello los anestésicos locales a bajas concentraciones y asociándoles opioides, de tal modo que sólo las fibras sensitivas se bloqueen, manteniendo la calidad analgésica y conservando la función motora, de las que controlan el movimiento.
9. **Analgesia intradural:** Es un tipo de analgesia neuroaxial en la que se perforan la duramadre y la aracnoides, y se administra el anestésico en el espacio subaracnoideo mezclándose con el líquido cefalorraquídeo.
10. **Analgesia neuroaxial:** Analgesia provocada por bloqueo del impulso doloroso en el nivel de la médula espinal.
11. **Alcaloides del cornezuelo del centeno:** Sustancias producidas por un hongo denominado cornezuelo del centeno, entre las que se encuentran la ergotamina y la ergometrina.
12. **Atonía uterina:** Pérdida del tono muscular del útero que como consecuencia produce un retraso en la involución uterina después del parto.
13. **Auscultación intermitente:** Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal mediante estetoscopio de Pinard o mediante Doppler, durante 1 minuto después de una contracción, cada 15-30 minutos durante la fase activa de la primera etapa del parto y cada 5-15 minutos en la segunda etapa del parto.
14. **Bebidas isotónicas o rehidratantes:** Bebidas con gran capacidad de rehidratación. Incluyen en su composición bajas dosis de sodio, normalmente en forma de cloruro de sodio o bicarbonato sódico, azúcar o glucosa y, habitualmente, potasio y otros minerales.
15. **Bloqueadores de canales de calcio:** Familia de medicamentos antihipertensivos, dentro de los que algunos son usados como antiarrítmicos y tocolíticos.
16. **Clonus:** contracción muscular repetida y rítmica que se puede obtener durante la valoración de los reflejos osteo-tendinosos y representa el grado máximo de hiperreflexia.
17. **Bradicardia fetal:** Frecuencia cardiaca fetal menor de 110 lpm.

18. **Bradicardia neonatal:** Frecuencia cardiaca menor de 100 lpm.
19. **Bradisistolia:** disminución de la frecuencia de las contracciones uterinas (dos o menos contracciones en 10 minutos).
20. **Cardiotocografía:** Forma de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas. El procedimiento se puede hacer a través de la piel (cardiotocografía externa) o mediante la colocación de un electrodo directamente sobre el cuero cabelludo del feto a través del cuello uterino (cardiotocografía interna).
21. **Categorización:** Procedimiento de clasificación de los registros cardiotocográficos que permiten establecer categorías de riesgo de bienestar fetal.
22. **Cetosis:** Situación metabólica del organismo originada por un déficit en el aporte de carbohidratos, lo que induce el catabolismo de las grasas, a fin de obtener energía, generando unos compuestos denominados cuerpos cetónicos.
23. **Choque hipovolémico:** Síndrome que se desarrolla cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.
24. **Código rojo obstétrico:** Es el sistema de alarma propuesto que indica el inicio de las medidas de manejo frente a una mujer con hemorragia postparto.
25. **Coloides:** Sistema físico-químico formado por una fase fluida y otra fase dispersa en forma de partículas por lo general sólidas. El nombre hace referencia a una las principales características y es su tendencia a agregar o formar coágulos.
26. **Compresión uterina bimanual:** Maniobra para el manejo de la atonía uterina. Consiste en la inserción de una mano por la vagina hasta el fondo del saco y cerrar el puño y con la otra mano se hace presión contra la pared posterior del útero desde el abdomen de la mujer.
27. **Corioamnionitis:** Infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico. También se denomina infección intraamniótica o amnionitis.
28. **Cochrane Library:** Base de datos sobre efectividad producida por la Colaboración Cochrane, compuesta entre otras por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.
29. **Cristaloides:** Soluciones que contienen agua, electrólitos y azúcares en diferentes proporciones y osmolaridades.
30. **Decisión informada:** Es la capacidad de decidir en forma autónoma sobre un procedimiento o acción terapéutica después de haber recibido una información veraz y comprensible.
31. **Dehiscencia:** Separación de los bordes de una herida quirúrgica suturada, en una longitud mayor a 0,5 cm.
32. **Desgarro perineal grado I:** Desgarro que afecta a la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal.
33. **Desgarro perineal grado II:** Afecta, además de lo descrito anteriormente, a la aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal.
34. **Desgarro perineal grado III:** Además de lo anterior se extiende al esfínter rectal. Desgarro perineal grado IV: Incluye extensión a mucosa rectal, y llega a dejar descubierta la luz del recto.
35. **Dinámica uterina normal:** Contracciones con una frecuencia entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 milímetros de

mercurio (mmHg). Se caracterizan por el triple gradiente descendente, el cual consiste en que las contracciones se inician en el marcapasos uterino (usualmente localizado en uno de los cuernos uterinos), son más intensas y duraderas en el fondo uterino y se dirigen en sentido descendente desde el cuerno hacia el segmento uterino.

36. **Distocia:** Parto que procede de manera anormal o difícil.
37. **Dispareunia:** La dispareunia o coitalgia es la relación sexual dolorosa. Abarca desde la irritación vaginal poscoital hasta un profundo dolor. Se define como dolor o molestia antes, después o durante la relación sexual. El dolor en las mujeres puede implicar ardor, quemadura, contracción o dolor cortante, que puede localizarse en la parte interior o exterior de la vagina, en la región pélvica o en el abdomen.
38. **Dificultad respiratoria:** Situación de inestabilidad respiratoria que ocasione necesidad de vigilancia especial, monitorización, oxígenoterapia o ingreso para observación o tratamiento.
39. **DOR:** OR de diagnóstico: Razón entre la razón de probabilidad positiva y la razón de probabilidad negativa de una prueba diagnóstica y que permite evaluar la capacidad discriminativa de la misma.
40. **Doula:** Las doulas son mujeres, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres durante la gestación, parto y puerperio, ofreciendo soporte, tanto físico como emocional.
41. **Embase:** Base de datos europea (holandesa) producida por Excerpta Médica con contenido de medicina clínica y farmacología.
42. **Embolización:** Procedimiento que consiste en la disminución o eliminación del flujo arterial y por lo tanto minimiza la pérdida de sangre.
43. **Encopresis:** Incontinencia fecal.
44. **Ensayo clínico controlado aleatorizado:** Es un diseño de estudio en el que los sujetos son aleatoriamente asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe un tratamiento estándar (o a veces un placebo). Los dos grupos son seguidos para observar cualquier diferencia en los resultados. Así se evalúa la eficacia o efectividad de una intervención.
45. **Entrenamiento basado en simulación:** consiste en sustituir la realidad por un escenario simulado en el que los estudiantes pueden entrenar para adquirir las habilidades necesarias para desarrollar un procedimiento o realizar una intervención.
46. **Episiotomía:** Incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal «blando» del parto para facilitar la salida del feto.
47. **Especificidad:** Probabilidad de que una prueba diagnóstica clasifique correctamente a una persona sana.
48. **Estimulación de la calota fetal:** Técnica mediante la cual se procede a la estimulación ejerciendo presión sobre la calota fetal durante un tacto vaginal o por punción de la calota fetal. Se considera que el test es negativo si se produce, al menos, una aceleración de la FCF de al menos 15 latidos por minuto y 15 segundos de duración. El test positivo se define como ausencia de aceleración de la FCF o aceleración de menos de 15 latidos por minuto o menos de 15 segundos de duración.

49. **Estrés post-traumático:** Es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi cualquier persona.
50. **Estudio de casos y controles:** Estudio que identifica a personas con una enfermedad (casos), por ejemplo cáncer de pulmón, y los compara con un grupo sin la enfermedad (control). La relación entre uno o varios factores (por ejemplo el tabaco) relacionados con la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición a este u otros factores entre los casos y los controles.
51. **Estudio de cohortes:** Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.
52. **Estudio transversal:** Es aquél que describe la frecuencia de un evento y de una o más exposiciones en un momento determinado (medición única). Permite examinar la relación entre un factor de riesgo (o exposición) y un efecto (o resultado) en una población definida y en un momento determinado (un corte). Llamados también estudios de prevalencia.
53. **Expulsivo:** Ver segundo periodo o etapa del parto.
54. **Fase activa:** Fase del periodo de dilatación y borramiento que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica regular.
55. **Fase latente:** Fase del periodo de dilatación y borramiento del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4 cm de dilatación.
56. **Hipersistolia:** Aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg. El útero no se deprime en ningún momento de la contracción.
57. **Hipertonía:** Incremento del tono uterino basal por encima de 12 mmHg. No es posible palpar las partes fetales aún en ausencia de contracción y hay dolor. También se define como una contracción que dura más de dos minutos.
58. **Hiperdinamia uterina:** Incremento de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.
59. **Hiposistolia:** disminución de la intensidad de las contracciones, por encima del tono basal pero con intensidad menor de 30 mmHg.
60. **Hipertensión arterial crónica:** hipertensión que existe previa a la gestación.
61. **Hipertension gestacional:** Hipertensión nueva que inicia después de la semana 20 de gestación y en la cual no hay proteinuria.
62. **Hipertensión inducida por el embarazo:** Término anteriormente utilizado para referirse a la hipertensión no proteinúrica que aparecía después de la semana 20 de gestación.
63. **Hipertension severa:** Presion arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg o presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg.
64. **Histerectomía subtotal:** Procedimiento en el que se extirpan los dos tercios superiores del útero dejando el cuello uterino, las trompas y los ovarios.
65. **Histerectomía total:** Procedimiento en el que se extirpa todo el útero dejando las trompas y los ovarios.
66. **Incoordinación uterina:** Alteración del triple gradiente descendente.
67. **Índice kappa:** Proporción del acuerdo potencial por encima del azar que obtienen distintas mediciones de un mismo hecho.

68. **Intervalo de confianza:** Es el intervalo dentro del que se encuentra la verdadera magnitud del efecto (nunca conocida exactamente) con un grado prefijado de seguridad o confianza. A menudo se habla de "intervalo de confianza al 95%" (o "límites de confianza al 95%"). Quiere decir que dentro de ese intervalo se encontraría el verdadero valor del parámetro estimado en el 95% los casos.
69. **Investigación cualitativa:** Es una metodología que comprende una pluralidad de corrientes teóricas, métodos y técnicas, y se caracteriza por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentado encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. Para ello se sirve de los materiales empíricos (entrevistas, observaciones, textos, etc.) que mejor puedan describir las situaciones tanto rutinarias como problemáticas, y lo que significan en las vidas de los individuos.
70. **Líquidos claros:** Agua, zumos de frutas sin pulpa, bebidas carbonatadas, café y té sin leche, bebidas energéticas.
71. **Litotomía:** Posición en la que la mujer es colocada en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas y los muslos en abducción y rotación externa.
72. **Manejo activo del alumbramiento:** Comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta.
73. **Manejo fisiológico (o expectante) del alumbramiento:** Manejo del alumbramiento sin administración de uterotónicos y expulsión de la placenta por la gravedad y el pujo materno.
74. **Maniobra de Gaskin:** Maniobra para aliviar la distocia de hombro durante el parto. Consiste en colocar a la parturienta a gatas (en 4 extremidades), apoyada sobre las rodillas y las manos y tirar hacia abajo del hombro posterior (en contacto con el sacro) o hacia arriba del hombro anterior
75. **Maniobra de Kristeller:** Consiste en presionar el fondo del útero durante 5 a 8 segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal.
76. **Maniobra de Jacquemier-Barnaum (extracción del hombro posterior):** Maniobra para aliviar la distocia de hombro durante el parto. Consiste en seguir el hombro posterior hasta la muñeca y deslizar el brazo por delante del tórax y la cara fetal hasta extraer el hombro posterior y desimpactar el hombro anterior.
77. **Maniobra de Mazzanti (presión suprapúbica):** Maniobra para aliviar la distocia de hombros durante el parto. Consiste en la aplicación de presión suprapúbica de forma oblicua, en sentido postero-anterior del tórax fetal que permite además reducir el diámetro biacromial.
78. **Maniobra de McRoberts:** Maniobra para aliviar la distocia de hombros durante el parto. Consiste en la abducción y flexión de la cadera de la gestante, estando en posición supina para expandir la pelvis.
79. **Maniobra de Woods:** Maniobra para aliviar la distocia de hombros durante el parto. Consiste en rotar el hombro posterior del feto 180° en forma progresiva mediante presión en la cara anterior del hombro posterior en dirección al dorso fetal para así liberar el hombro anterior impactado sin girar la cabeza o cuello fetal.

80. **Maniobra de Woods invertida:** Consiste en rotar el hombro posterior del feto 180° en forma progresiva mediante presión en la cara posterior del hombro posterior para reducir el diámetro biacromial y liberar el hombro anterior impactado sin girar la cabeza o cuello fetal.
81. **Maniobra de Rubin:** Maniobra para aliviar la distocia de hombros durante el parto. Consiste en aplicar presión en la parte posterior del hombro más accesible produciendo su aducción hacia la parte anterior del tórax fetal (aumentado la concavidad del tórax) y llevando el diámetro biacromial hacia una orientación oblicua para desplazar el hombro anterior de detrás de la sínfisis.
82. **Maniobra de Zavanelli:** Consiste en la flexión de la cabeza fetal tras retornarla a variedad occipitoanterior u occipitoposterior, empujándola lentamente en retroceso hacia la vagina y realización posterior de una cesárea cuando no es posible el parto vaginal debido a una distocia de hombro. Se realiza tras administrar un agente tocolítico.
83. **Masaje perineal:** Movimiento de vaivén acompañado de presión sobre la horquilla vulvar.
84. **Masaje uterino:** Maniobra que consiste en la realización de movimientos suaves de compresión en forma repetitiva con una mano en la parte inferior del abdomen de la mujer para estimular las contracciones uterinas.
85. **Medline:** Base de datos predominantemente clínica producida por la National Library of Medicine de EEUU disponible en CD-Rom e Internet (PubMed).
86. **Metanálisis:** Es una técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios (estudios de pruebas diagnósticas, ensayos clínicos, estudios de cohortes, etc.) en un único estimador, dando mayor ponderación a los resultados de los estudios con mayor tamaño de muestra.
87. **Monitoría fetal electrónica:** Ver cardiotocografía.
88. **Monitorización electrónica fetal intermitente:** Registro cardiotocográfico de la frecuencia cardiaca fetal por un periodo de 15-30 minutos cada dos horas con auscultación intermitente cada 15-30 minutos entre los periodos de monitorización electrónica.
89. **Morbilidad:** Enfermedad o frecuencia en que se presenta una enfermedad en una población.
90. **Morbilidad Materna Extrema (near miss):** Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.
91. **Mortalidad:** Tasa de defunciones o el número de defunciones por una enfermedad determinada en un grupo de personas y un período determinado.
92. **NICE (National Institute for Clinical Excellence):** Forma parte del NHS ("National Health Service" de Inglaterra). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.
93. **Nulípara:** Mujer que no ha dado a luz a un lactante viable con anterioridad.
94. **Oxitócicos profilácticos:** Son los medicamentos utilizados para mejorar la contracción uterina y por ende la involución del útero después del alumbramiento y prevenir la aparición de una hemorragia postparto.
95. **Oxitocina terapéutica:** La empleada como tratamiento de una posible hemorragia debido a un problema del alumbramiento (no como intervención destinada a facilitar el alumbramiento dirigido).

96. **Partograma:** Representación visual gráfica, en un plano cartesiano, de los valores y eventos relacionados con el curso del trabajo de parto. Puede contar con líneas de alerta (como el del CLAP), con líneas de acción o ambas. La línea de acción se dibuja a la derecha de la línea que muestra el progreso de la dilatación cervical, a un ritmo de 1 cm por hora. Una línea de acción de dos horas está desplazada dos horas a la derecha de la línea de progreso y, si el progreso ocurre de manera que la línea cruza la línea de acción, se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.
97. **Placebo:** Una sustancia administrada al grupo control de un ensayo clínico, idealmente idéntica en apariencia y sabor al tratamiento experimental, de la que se cree que no tiene ningún efecto específico para aquella enfermedad. En el contexto de intervenciones no farmacológicas al placebo se denomina habitualmente como tratamiento simulado.
98. **Preeclampsia:** Hipertensión establecida después de la semana 20 de gestación asociada a proteinuria significativa (mas de 300 mg en orina de 24 horas o una relación proteinuria/creatinuria en muestra aislada mayor a 30)
99. **Preeclamsia severa:** preeclampsia con hipertension arterial severa y/o disfunción de algún órgano blanco.
100. **Primer periodo o etapa del parto:** Corresponde al periodo o etapa de dilatación y borramiento del cuello uterino. Se divide en fase latente y fase activa.
101. **Profilaxis neonatal con vitamina K:** administración de vitamina K al neonato con el fin de prevenir la enfermedad hemorrágica precoz por déficit de vitamina K.
102. **Pruebas cruzadas:** Es el análisis que se realiza antes de una transfusión para elegir el tipo de sangre compatible con el receptor.
103. **Pujo:** Fuerza, generada con maniobra de Valsalva, que se suma a la que realiza el músculo uterino al contraerse para que esta sea más efectiva.
104. **Pujos dirigidos:** Orientación de la forma y el momento de pujar durante el parto.
105. **Pujos espontáneos:** Instintivos, sin decir ni cómo ni cuándo realizarlos.
106. **Pujos inmediatos:** Inmediatamente después de alcanzar la dilatación completa.
107. **Pujos retrasados:** Hasta que la mujer sienta deseos de pujar o la cabeza del feto llegue al suelo pélvico.
108. **Rasurado perineal:** Práctica de eliminar el vello del periné usando una cuchilla.
109. **Régimen moderno de analgesia neuroaxial (régimen a bajas dosis):** Analgesia neuroaxial que utiliza anestésicos neuroaxiales (ej.: bupivacaína) en una concentración < 0.25%, generalmente asociado con opioides. Puede instaurarse como epidural o como combinada (intradural-epidural).
110. **Régimen tradicional de analgesia neuroaxial (régimen a altas dosis):** Analgesia realizada con anestésicos locales (ej.: bupivacaína) en una concentración ≥0.25%.
111. **Revisión sistemática:** Es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, evaluada y resumida de acuerdo con unos criterios predeterminados. Puede incluir o no un análisis estadístico denominado metanálisis.
112. **Series de Casos:** Análisis de series de pacientes con la enfermedad.

113. **SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network):** Agencia escocesa mutidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia, así como documentos metodológicos sobre el diseño de las mismas.
114. **Síndrome de Dificultad Respiratoria:** ver dificultad respiratoria.
115. **Segundo periodo o etapa del parto**: corresponde al expulsivo y comprende desde la dilatación completa del cérvix hasta la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases: Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo. Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.
116. **Soluciones de carbohidratos:** En general, soluciones azucaradas.
117. **Suturas absorbibles:** Materiales que pueden ser degradados por el tejido en el sitio donde se coloca. La absorción depende del tejido, del tipo de sutura, de la edad y del estado general del paciente.
118. **Suturas absorbibles no sintéticas:** Elaboradas de colágeno. Puede ser simple y cromado.
119. **Suturas absorbibles sintéticas:** Están hechas de polímeros sintéticos.
120. **STAN:** Análisis del segmento ST del electrocardiograma fetal.
121. **Taponamiento uterino:** consiste en la compresión de las paredes internas de la cavidad uterina mediante la aplicación de un dispositivo que se llena de líquido una vez está dentro de ella.
122. **Taquisistolia:** aumento de la frecuencia de las contracciones uterinas (6 o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos.)
123. **TENS:** (estimulación eléctrica nerviosa transcutánea) es una técnica analgésica no invasiva basada en la estimulación eléctrica de fibras nerviosas aferentes a través de la piel mediante la aplicación de unos electrodos. Su modo de acción se basa en el freno del impulso doloroso hacia la médula espinal, la liberación de endorfinas, la participación en mecanismos centrales y el bloqueo nervioso periférico.
124. **Vasopresor:** medicamentos utilizados cuando la presión arterial se encuentra demasiado baja. Ayudan a aumentar el flujo de sangre hacia el corazón y de esta forma mejorar el bombeo del mismo.

REFERENCIAS

1. Merenstein GB, Weisman LE. Premature rupture of the membranes: neonatal consequences. Semin Perinatol. 1996;20(5):375-80. Epub 1996/10/01.
2. Di Renzo GC RL, Facchinetti F, Antsaklis A, Breborowicz G, Gratacos E, et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2011;24(5):659-67.
3. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: current approaches to evaluation and management. Obstet Gynecol Clin North Am. 2005;32(3):411-28. Epub 2005/08/30.
4. ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet Gynecol. 2007;109(4):1007-19. Epub 2007/04/03.
5. Gomez-Marin J. Toxoplasma. In: Diaz FE, S; Franco, L; Jaramillo, JM; Maestre, A; Ospina, S; Robledo, C; Robledo, J;, editor. Microbiología de las Infecciones Humanas2007. p. 384-99.
6. McLeod R, Kieffer F, Sautter M, Hosten T, Pelloux H. Why prevent, diagnose and treat congenital toxoplasmosis? Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009;104(2):320-44. Epub 2009/05/12.
7. Phan L, Kasza K, Jalbrzikowski J, Noble AG, Latkany P, Kuo A, et al. Longitudinal study of new eye lesions in treated congenital toxoplasmosis. Ophthalmology. 2008;115(3):553-9 e8. Epub 2007/09/11.
8. McLeod R, Boyer K, Karrison T, Kasza K, Swisher C, Roizen N, et al. Outcome of treatment for congenital toxoplasmosis, 1981-2004: the National Collaborative Chicago-Based, Congenital Toxoplasmosis Study. Clin Infect Dis. 2006;42(10):1383-94. Epub 2006/04/19.
9. SYROCOT SG. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a metanalysis of individual patient's data. Lancet. 2007;369:115-22.
10. Cortina-Borja M, Tan HK, Wallon M, Paul M, Prusa A, Buffolano W, et al. Prenatal treatment for serious neurological sequelae of congenital toxoplasmosis: an observational prospective cohort study. PLoS Med. 2010;7(10). Epub 2010/10/23.
11. Gilbert RE, Freeman K, Lago EG, Bahia-Oliveira LM, Tan HK, Wallon M, et al. Ocular sequelae of congenital toxoplasmosis in Brazil compared with Europe. PLoS Negl Trop Dis. 2008;2(8):e277. Epub 2008/08/14.
12. Gomez-Marin JE. Toxoplasma strain nomenclature. J Infect Dis. 2009;200(6):1012; author reply -3. Epub 2009/08/19.
13. Gallego C, Saavedra-Matiz C, Gomez-Marin JE. Direct genotyping of animal and human isolates of Toxoplasma gondii from Colombia (South America). Acta Trop. 2006;97(2):161-7. Epub 2005/11/29.
14. Dubey JP, Su C, Cortes JA, Sundar N, Gomez-Marin JE, Polo LJ, et al. Prevalence of Toxoplasma gondii in cats from Colombia, South America and genetic characterization of T. gondii isolates. Vet Parasitol. 2006;141(1-2):42-7. Epub 2006/06/27.
15. Morisset S, Peyron F, Lobry JR, Garweg J, Ferrandiz J, Musset K, et al. Serotyping of Toxoplasma gondii: striking homogeneous pattern between symptomatic and asymptomatic infections within Europe and South America. Microbes Infect. 2008;10(7):742-7. Epub 2008/06/10.
16. Gomez-Marin JE, Montoya-de-Londono MT, Castano-Osorio JC. A maternal screening program for congenital toxoplasmosis in Quindio, Colombia and application of mathematical models to estimate incidences using age-stratified data. Am J Trop Med Hyg. 1997;57(2):180-6. Epub 1997/08/01.

17. Juliao O CA, Moreno GS Estudio Nacional de Salud: Toxoplasmosis en Colombia. Ministerio de Salud Bogotá: Imprenta Instituto Nacional de Salud. 1988.
18. Gomez-Marin JE, de-la-Torre A, Angel-Muller E, Rubio J, Arenas J, Osorio E, et al. First Colombian multicentric newborn screening for congenital toxoplasmosis. PLoS Negl Trop Dis. 2011;5(5):1195. Epub 2011/06/10.
19. OPS. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. . In: Salud OPdl, editor. Washington, D.C.: World Health Organization; 2007.
20. WHO. WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care. Safer DoMP, editor. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010. 65 p.
21. WHO, UNICEF, UNFPA, Bank. W. Trends in Maternal Mortality: 1990 – 2008. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010 [cited 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf.
22. WHO. World Health Organization Health and the Milennium Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2005.
23. van den Broek NR, Falconer AD. Maternal mortality and Millennium Development Goal 5. Br Med Bull. 2011;99:25-38. Epub 2011/09/07.
24. WHO. Millennium development goals. World Health Organization; 2011 [cited 2011 11/2011]; Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/index.html.
25. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, Marcus JR, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. Lancet. 2011;378(9797):1139-65. Epub 2011/09/23.
26. WHO U, UNFPA, Bank. W. Trends in Maternal Mortality: 1990 – 2008: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010 Jan 2012]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf.
27. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008;22(6):999-1012. Epub 2008/09/30.
28. Alcaldía de Medellín. Salud sexual y reproductiva- Universidad de Antioquia. Informe final de la vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Obstétrica Severa en la ciudad de Medellín. Medellín: Secretaría de Salud- Dirección de Salud Pública. Nacer Salud sexual y reproductiva- Universidad de Antioquia; 2008.
29. Lalonde A, Daviss BA, Acosta A, Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. Int J Gynaecol Obstet. 2006;94(3):243-53. Epub 2006/07/18.
30. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. BMJ. 2001;322(7294):1089-93; discussion 93-4. Epub 2001/05/05.
31. Ministerio de la Protección Social- COLCIENCIAS-CEIS. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia2010. 393 p.
32. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS 2007; 2006.
33. Association of the Scientific Medical Societies in Germany- Agency for Quality in Medicine. German Instrument for Methodological Guideline Appraisal. Berlin, Germany2008 [cited 2012 Jan 1]. Available from: www.english.delbi.de.
34. NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: RCOG Press; 2008 [cited 2011 Jun 1]. Available from: http://www.nice.org.uk/CG62.

35. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health-National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension in pregnancy. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2010 [cited 2011 Sept 1]. Available from: http://www.nice.org.uk/cg107.
36. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Bilbao: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2009 [cited 2011 Jun 1]. Available from: http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc?p_p_id=EXT_8_INSTANCE_YIe8&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_EXT_8_INSTANCE_YIe8_struts_action=%2Fext%2Fpredisenyada%2Fvista_Previa&_EXT_8_INSTANCE_YIe8_contenidoId=57717&_EXT_8_INSTANCE_YIe8_version=1.5.
37. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Dublin, Ireland2006 [cited 2011 Jun 1]. Available from: http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/preterm-prelabour-rupture-membranes-green-top-44.
38. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneve: WHO Press; 2009 [cited 2011 Jun 1]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf.
39. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. London2009 [cited 2011 Jun 01]. Available from: http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-and-management-postpartum-haemorrhage-green-top-52.
40. New Zealand Guidelines Group. Notes on the adaptation/Synthesis of Guidelines. New Zealand2004 [cited 2009 Jan 29]. Available from: www.nzgg.org.nz.
41. Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 13. Applicability, transferability and adaptation. Health Res Policy Syst. 2006;4:25. Epub 2006/12/13.
42. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. Edinburgh2008 [cited 2012 Jan 01]. Available from: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html.
43. National Institute for Clinical Excellence. The guidelines manual. London: National Institute for Clinical Excellence; 2007 [cited 2012 Jan 01]. Available from: http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevelopmentmethods/theguidelinesmanual2007/the_guidelines_manual_2007.jsp.
44. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000934. Epub 2000/05/05.
45. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000062. Epub 2000/05/05.
46. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008(4):CD004667. Epub 2008/10/10.
47. OMS. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. 2002.
48. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gulmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2010(10):CD000934. Epub 2010/10/12.

49. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet. 2001;357(9268):1565-70. Epub 2001/05/30.
50. Majoko F, Munjanja SP, Nystrom L, Mason E, Lindmark G. Randomised controlled trial of two antenatal care models in rural Zimbabwe. BJOG. 2007;114(7):802-11. Epub 2007/06/15.
51. Lilford RJ, Kelly M, Baines A, Cameron S, Cave M, Guthrie K, et al. Effect of using protocols on medical care: randomised trial of three methods of taking an antenatal history. BMJ. 1992;305(6863):1181-4. Epub 1992/11/14.
52. Lovell A, Zander LI, James CE, Foot S, Swan AV, Reynolds A. The St. Thomas's Hospital maternity case notes study: a randomised controlled trial to assess the effects of giving expectant mothers their own maternity case notes. Paediatr Perinat Epidemiol. 1987;1(1):57-66. Epub 1987/04/01.
53. Brown HC, Smith HJ. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2004(2):CD002856. Epub 2004/04/24.
54. Priest SR, Austin MP, Barnett BB, Buist A. A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. Arch Womens Ment Health. 2008;11(5-6):307-17. Epub 2008/08/30.
55. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2004;140(5):387-96. Epub 2004/03/05.
56. Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, et al. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. CMAJ. 2005;173(3):253-9. Epub 2005/08/04.
57. Webster J, Holt V. Screening for partner violence: direct questioning or self-report? Obstet Gynecol. 2004;103(2):299-303. Epub 2004/02/03.
58. Stahl K, Hundley V. Risk and risk assessment in pregnancy - do we scare because we care? Midwifery. 2003;19(4):298-309. Epub 2003/11/19.
59. Roy-Matton N, Moutquin JM, Brown C, Carrier N, Bell L. The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. J Obstet Gynaecol Can. 2011;33(4):344-52. Epub 2011/04/20.
60. Austin MP, Priest SR, Sullivan EA. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. Cochrane Database Syst Rev. 2008(4):CD005124. Epub 2008/10/10.
61. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(10):1012-24. Epub 2010/10/06.
62. Reddy UM, Laughon SK, Sun L, Troendle J, Willinger M, Zhang J. Prepregnancy risk factors for antepartum stillbirth in the United States. Obstet Gynecol. 2010;116(5):1119-26. Epub 2010/10/23.
63. McCowan LM, Roberts CT, Dekker GA, Taylor RS, Chan EH, Kenny LC, et al. Risk factors for small-for-gestational-age infants by customised birthweight centiles: data from an international prospective cohort study. BJOG. 2010;117(13):1599-607. Epub 2010/11/17.
64. Kashanian M, Baradaran HR, Bahasadri S, Alimohammadi R. Risk factors for pre-eclampsia: a study in Tehran, Iran. Arch Iran Med. 2011;14(6):412-5. Epub 2011/11/02.
65. Ip M, Peyman E, Lohsoonthorn V, Williams MA. A case-control study of preterm delivery risk factors according to clinical subtypes and severity. J Obstet Gynaecol Res. 2010;36(1):34-44. Epub 2010/02/25.

66. Shechter Y, Levy A, Wiznitzer A, Zlotnik A, Sheiner E. Obstetric complications in grand and great grand multiparous women. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010;23(10):1211-7. Epub 2010/04/21.
67. Heras Perez B GTJ, Mora Cepeda P, Almaraz Gomez A. La edad materna como factor de riesgo obstetrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol. 2011;doi:10.1016/j.pog(06.012).
68. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Froen JF, Smith GC, Gibbons K, et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011;377(9774):1331-40. Epub 2011/04/19.
69. Lu MC, Tache V, Alexander GR, Kotelchuck M, Halfon N. Preventing low birth weight: is prenatal care the answer? J Matern Fetal Neonatal Med. 2003;13(6):362-80. Epub 2003/09/10.
70. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatr Perinat Epidemiol. 2001;15 Suppl 1:1-42. Epub 2001/03/13.
71. Chen MJ, Grobman WA, Gollan JK, Borders AE. The use of psychosocial stress scales in preterm birth research. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(5):402-34. Epub 2011/08/06.
72. Spong CY, Landon MB, Gilbert S, Rouse DJ, Leveno KJ, Varner MW, et al. Risk of uterine rupture and adverse perinatal outcome at term after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2007;110(4):801-7. Epub 2007/10/02.
73. Stamilio DM, DeFranco E, Pare E, Odibo AO, Peipert JF, Allsworth JE, et al. Short interpregnancy interval: risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2007;110(5):1075-82. Epub 2007/11/06.
74. Guise JM, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010;115(6):1267-78. Epub 2010/05/27.
75. Campbell MK, Carbone E, Honess-Morreale L, Heisler-Mackinnon J, Demissie S, Farrell D. Randomized trial of a tailored nutrition education CD-ROM program for women receiving food assistance. J Nutr Educ Behav. 2004;36(2):58-66. Epub 2004/04/08.
76. Olson CM, Strawderman MS, Reed RG. Efficacy of an intervention to prevent excessive gestational weight gain. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(2):530-6. Epub 2004/09/03.
77. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):CD002869. Epub 2007/07/20.
78. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD001055. Epub 2000/05/05.
79. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2009(3):CD001055. Epub 2009/07/10.
80. Gray R HJ. Review of the fetal effects of prenatal alcohol exposure. In: Unit NPE, editor. Oxford2006.
81. Mariscal M, Palma S, Llorca J, Perez-Iglesias R, Pardo-Crespo R, Delgado-Rodriguez M. Pattern of alcohol consumption during pregnancy and risk for low birth weight. Ann Epidemiol. 2006;16(6):432-8. Epub 2005/11/01.
82. Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VWV, Malini S, Rehm J. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2011;118(12):1411-21.

83. O'Reilly R, Beale B, Gillies D. Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. Trauma Violence Abuse. 2010;11(4):190-201. Epub 2010/08/07.
84. Dawes MG, Grudzinskas JG. Repeated measurement of maternal weight during pregnancy. Is this a useful practice? Br J Obstet Gynaecol. 1991;98(2):189-94. Epub 1991/02/01.
85. Siega-Riz AM, Adair LS, Hobel CJ. Maternal underweight status and inadequate rate of weight gain during the third trimester of pregnancy increases the risk of preterm delivery. J Nutr. 1996;126(1):146-53. Epub 1996/01/01.
86. Siega-Riz AM, Viswanathan M, Moos MK, Deierlein A, Mumford S, Knaack J, et al. A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: birthweight, fetal growth, and postpartum weight retention. Am J Obstet Gynecol. 2009;201(4):339 e1-14. Epub 2009/10/01.
87. Cnossen JS, Leeflang MMG, de Haan EEM, Mol BWJ, van der Post JAM, Khan KS, et al. Accuracy of body mass index in predicting pre-eclampsia: bivariate meta-analysis. BJOG. 2007;114(12):1477-85. Epub 12.
88. Fortner RT, Pekow P, Solomon CG, Markenson G, Chasan-Taber L. Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and risk of hypertensive pregnancy among Latina women. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009;200(2):167.e1-.e7.
89. Reiss RE, O'Shaughnessy RW, Quilligan TJ, Zuspan FP. Retrospective comparison of blood pressure course during preeclamptic and matched control pregnancies. Am J Obstet Gynecol. 1987;156(4):894-8. Epub 1987/04/01.
90. Sibai BM, Gordon T, Thom E, Caritis SN, Klebanoff M, McNellis D, et al. Risk factors for preeclampsia in healthy nulliparous women: a prospective multicenter study. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. Am J Obstet Gynecol. 1995;172(2 Pt 1):642-8. Epub 1995/02/01.
91. Odegard RA, Vatten LJ, Nilsen ST, Salvesen KA, Austgulen R. Risk factors and clinical manifestations of pre-eclampsia. BJOG. 2000;107(11):1410-6. Epub 2000/12/16.
92. Stamilio DM SH, Morgan MA, Propert K, Macones GA. Can antenatal clinical and biochemical markers predict the development of severe preeclampsia? . American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2000;182(589-94).
93. Cnossen JS, Vollebregt KC, De Vrieze N, Ter Riet G, Mol BWJ, Franx A, et al. Accuracy of mean arterial pressure and blood pressure measurements in predicting pre-eclampsia: Systematic review and meta-analysis. BMJ. 2008;336(7653):1117-20.
94. Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000944. Epub 2000/05/05.
95. Morse K, Williams A, Gardosi J. Fetal growth screening by fundal height measurement. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009;23(6):809-18. Epub 2009/11/17.
96. Griffiths A, Pinto A, Margarit L. A survey of methods used to measure symphysis fundal height. J Obstet Gynaecol. 2008;28(7):692-4. Epub 2008/12/10.
97. Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ. Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. BMJ. 1992;304(6833):1030-2. Epub 1992/04/18.
98. Lee SJ, Thomas J. Antenatal breast examination for promoting breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2008(3):CD006064. Epub 2008/07/23.
99. Pattinson RC. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000161. Epub 2000/05/05.
100. Lenihan JP, Jr. Relationship of antepartum pelvic examinations to premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol. 1984;63(1):33-7. Epub 1984/01/01.

101. Alexander S, Boulvain M, Ceysens G, Haelterman E, Zhang WH. Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010(6):CD005940. Epub 2010/06/18.
102. Newberger EH, Barkan SE, Lieberman ES, McCormick MC, Yllo K, Gary LT, et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. Current knowledge and implications for practice. JAMA. 1992;267(17):2370-2. Epub 1992/05/06.
103. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2001;164(11):1567-72. Epub 2001/06/14.
104. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. Obstet Gynecol. 1999;93(5 Pt 1):661-6. Epub 2000/07/27.
105. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(5):1341-7. Epub 2003/05/16.
106. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. JAMA. 2003;289(5):589-600. Epub 2003/02/13.
107. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ. 2002;325(7359):314. Epub 2002/08/10.
108. Lewis G, National Institute for Clinical E. Why mothers die 1997-1999: the fifth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom: Royal College of Obstetricians and Gynecologists; 2001.
109. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. Am J Epidemiol. 2002;155(4):293-301. Epub 2002/02/12.
110. Lundy BL JN, Field T. Prenatal depression effects on neonates. Infant Behavior and Development. 1999;22(119-29).
111. Bolton HL, Hughes PM, Turton P, Sedgwick P. Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1998;19(4):202-9. Epub 1999/02/04.
112. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. CMAJ. 1996;154(6):785-99. Epub 1996/03/15.
113. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2003;107(1):10-7. Epub 2003/02/01.
114. Hayes BA, Muller R, Bradley BS. Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. Birth. 2001;28(1):28-35. Epub 2001/03/27.
115. Brugha TS, Wheatley S, Taub NA, Culverwell A, Friedman T, Kirwan P, et al. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. Psychol Med. 2000;30(6):1273-81. Epub 2000/11/30.
116. Vutyavanich T, Kraisarin T, Ruangsri R. Ginger for nausea and vomiting in pregnancy: randomized, double-masked, placebo-controlled trial. Obstet Gynecol. 2001;97(4):577-82. Epub 2001/03/29.
117. Aikins Murphy P. Alternative therapies for nausea and vomiting of pregnancy. Obstet Gynecol. 1998;91(1):149-55. Epub 1998/02/17.
118. Keating A, Chez RA. Ginger syrup as an antiemetic in early pregnancy. Altern Ther Health Med. 2002;8(5):89-91. Epub 2002/09/18.

119. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2002(1):CD000145. Epub 2002/03/01.
120. Vickers AJ. Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials. J R Soc Med. 1996;89(6):303-11. Epub 1996/06/01.
121. Norheim AJ, Pedersen EJ, Fonnebo V, Berge L. Acupressure treatment of morning sickness in pregnancy. A randomised, double-blind, placebo-controlled study. Scand J Prim Health Care. 2001;19(1):43-7. Epub 2001/04/17.
122. Knight B, Mudge C, Openshaw S, White A, Hart A. Effect of acupuncture on nausea of pregnancy: a randomized, controlled trial. Obstet Gynecol. 2001;97(2):184-8. Epub 2001/02/13.
123. Werntoft E, Dykes AK. Effect of acupressure on nausea and vomiting during pregnancy. A randomized, placebo-controlled, pilot study. J Reprod Med. 2001;46(9):835-9. Epub 2001/10/05.
124. Smith C, Crowther C, Beilby J. Acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized controlled trial. Birth. 2002;29(1):1-9. Epub 2002/02/15.
125. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2003(4):CD000145. Epub 2003/10/30.
126. Magee LA, Mazzotta P, Koren G. Evidence-based view of safety and effectiveness of pharmacologic therapy for nausea and vomiting of pregnancy (NVP). Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Understanding):S256-61. Epub 2002/05/16.
127. Mazzotta P, Magee LA. A risk-benefit assessment of pharmacological and nonpharmacological treatments for nausea and vomiting of pregnancy. Drugs. 2000;59(4):781-800. Epub 2000/05/10.
128. Matthews A, Dowswell T, Haas DM, Doyle M, O'Mathuna DP. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2010(9):CD007575. Epub 2010/09/09.
129. Festin M. Nausea and vomiting in early pregnancy. Clin Evid (Online). 2009;2009. Epub 2009/01/01.
130. Marrero JM, Goggin PM, de Caestecker JS, Pearce JM, Maxwell JD. Determinants of pregnancy heartburn. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99(9):731-4. Epub 1992/09/01.
131. Lang GD, Dougall A. Comparative study of Algicon suspension and magnesium trisilicate mixture in the treatment of reflux dyspepsia of pregnancy. Br J Clin Pract Suppl. 1989;66:48-51; discussion 61-4. Epub 1989/02/01.
132. Smith C, Crowther C, Beilby J. Pregnancy outcome following women's participation in a randomised controlled trial of acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy. Complement Ther Med. 2002;10(2):78-83. Epub 2002/12/17.
133. Rayburn W, Liles E, Christensen H, Robinson M. Antacids vs. antacids plus non-prescription ranitidine for heartburn during pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 1999;66(1):35-7. Epub 1999/08/24.
134. Larson JD, Patatanian E, Miner PB, Jr., Rayburn WF, Robinson MG. Double-blind, placebo-controlled study of ranitidine for gastroesophageal reflux symptoms during pregnancy. Obstet Gynecol. 1997;90(1):83-7. Epub 1997/07/01.
135. Magee LA, Inocencion G, Kamboj L, Rosetti F, Koren G. Safety of first trimester exposure to histamine H2 blockers. A prospective cohort study. Dig Dis Sci. 1996;41(6):1145-9. Epub 1996/06/01.
136. Nikfar S, Abdollahi M, Moretti ME, Magee LA, Koren G. Use of proton pump inhibitors during pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis. Dig Dis Sci. 2002;47(7):1526-9. Epub 2002/07/27.
137. Dowswell T, Neilson JP. Interventions for heartburn in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2008(4):CD007065. Epub 2008/10/10.

138. Meyer LC, Peacock JL, Bland JM, Anderson HR. Symptoms and health problems in pregnancy: their association with social factors, smoking, alcohol, caffeine and attitude to pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol. 1994;8(2):145-55. Epub 1994/04/01.
139. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001(2):CD001142. Epub 2001/06/19.
140. Wijayanegara H, Mose JC, Achmad L, Sobarna R, Permadi W. A clinical trial of hydroxyethylrutosides in the treatment of haemorrhoids of pregnancy. J Int Med Res. 1992;20(1):54-60. Epub 1992/02/01.
141. Buckshee K, Takkar D, Aggarwal N. Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 1997;57(2):145-51. Epub 1997/05/01.
142. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. Cochrane Database Syst Rev. 2005(3):CD004077. Epub 2005/07/22.
143. Saleeby RG, Jr., Rosen L, Stasik JJ, Riether RD, Sheets J, Khubchandani IT. Hemorrhoidectomy during pregnancy: risk or relief? Dis Colon Rectum. 1991;34(3):260-1. Epub 1991/03/11.
144. Conde-Agudelo A, Althabe F, Belizan JM, Kafury-Goeta AC. Cigarette smoking during pregnancy and risk of preeclampsia: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 1999;181(4):1026-35. Epub 1999/10/16.
145. Thaler E, Huch R, Huch A, Zimmermann R. Compression stockings prophylaxis of emergent varicose veins in pregnancy: a prospective randomised controlled study. Swiss Med Wkly. 2001;131(45-46):659-62. Epub 2002/02/09.
146. Owens K, Pearson A, Mason G. Symphysis pubis dysfunction--a cause of significant obstetric morbidity. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002;105(2):143-6. Epub 2002/10/17.
147. Field T, Hernandez-Reif M, Hart S, Theakston H, Schanberg S, Kuhn C. Pregnant women benefit from massage therapy. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1999;20(1):31-8. Epub 1999/04/23.
148. Ostgaard HC, Zetherstrom G, Roos-Hansson E, Svanberg B. Reduction of back and posterior pelvic pain in pregnancy. Spine (Phila Pa 1976). 1994;19(8):894-900. Epub 1994/04/15.
149. Noren L, Ostgaard S, Nielsen TF, Ostgaard HC. Reduction of sick leave for lumbar back and posterior pelvic pain in pregnancy. Spine (Phila Pa 1976). 1997;22(18):2157-60. Epub 1997/10/10.
150. Fry D, Hay-Smith J, Hough J, McIntosh J, Polden M, Shepherd J, et al. National clinical guidelines for the care of women with symphysis pubis dysfunction. Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health. Midwives. 1997;110(1314):172-3. Epub 1997/07/01.
151. Ee CC, Manheimer E, Pirotta MV, White AR. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2008;198(3):254-9. Epub 2008/03/04.
152. Pennick VE, Young G. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2007(2):CD001139. Epub 2007/04/20.
153. Gould JS, Wissinger HA. Carpal tunnel syndrome in pregnancy. South Med J. 1978;71(2):144-5, 54. Epub 1978/02/01.
154. Padua L, Aprile I, Caliandro P, Carboni T, Meloni A, Massi S, et al. Symptoms and neurophysiological picture of carpal tunnel syndrome in pregnancy. Clin Neurophysiol. 2001;112(10):1946-51. Epub 2001/10/12.
155. Ortiz JR, Englund JA, Neuzil KM. Influenza vaccine for pregnant women in resource-constrained countries: a review of the evidence to inform policy decisions. Vaccine. 2011;29(27):4439-52. Epub 2011/05/10.
156. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Updated Recommendations for Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid, and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine in Adults

Aged 65 Years and Older — Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 20122012. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6125a4.htm.
157. Murphy TV, Slade BA, Broder KR, Kretsinger K, Tiwari T, Joyce PM, et al. Prevention of pertussis, tetanus, and diphtheria among pregnant and postpartum women and their infants recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-4):1-51. Epub 2008/05/30.
158. Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Hepatitis B vaccination during pregnancy for preventing infant infection. Cochrane Database Syst Rev. 2011(3):CD007879. Epub 2011/03/18.
159. Staples JE, Gershman M, Fischer M. Yellow fever vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2010;59(RR-7):1-27. Epub 2010/07/31.
160. Rosenberg K, Grant JM, Tweedie I, Aitchison T, Gallagher F. Measurement of fundal height as a screening test for fetal growth retardation. Br J Obstet Gynaecol. 1982;89(6):447-50. Epub 1982/06/01.
161. Persson B, Stangenberg M, Lunell NO, Brodin U, Holmberg NG, Vaclavinkova V. Prediction of size of infants at birth by measurement of symphysis fundus height. Br J Obstet Gynaecol. 1986;93(3):206-11. Epub 1986/03/01.
162. Harding K, Evans S, Newnham J. Screening for the small fetus: a study of the relative efficacies of ultrasound biometry and symphysiofundal height. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1995;35(2):160-4. Epub 1995/05/01.
163. Grover V, Usha R, Kalra S, Sachdeva S. Altered fetal growth: antenatal diagnosis by symphysis-fundal height in India and comparison with western charts. Int J Gynaecol Obstet. 1991;35(3):231-4. Epub 1991/07/01.
164. Rogers MS, Needham PG. Evaluation of fundal height measurement in antenatal care. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1985;25(2):87-90. Epub 1985/05/01.
165. Okonofua FE, Ayangade SO, Chan RC, O'Brien PM. A prospective comparison of clinical and ultrasonic methods of predicting normal and abnormal fetal growth. Int J Gynaecol Obstet. 1986;24(6):447-51. Epub 1986/12/01.
166. Neilson James P. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(1):CD000944.
167. Warsof SL, Cooper DJ, Little D, Campbell S. Routine ultrasound screening for antenatal detection of intrauterine growth retardation. Obstet Gynecol. 1986;67(1):33-9. Epub 1986/01/01.
168. Skovron ML, Berkowitz GS, Lapinski RH, Kim JM, Chitkara U. Evaluation of early third-trimester ultrasound screening for intrauterine growth retardation. J Ultrasound Med. 1991;10(3):153-9. Epub 1991/03/01.
169. Newnham JP, Patterson LL, James IR, Diepeveen DA, Reid SE. An evaluation of the efficacy of Doppler flow velocity waveform analysis as a screening test in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1990;162(2):403-10. Epub 1990/02/01.
170. Lin CC, Sheikh Z, Lopata R. The association between oligohydramnios and intrauterine growth retardation. Obstet Gynecol. 1990;76(6):1100-4. Epub 1990/12/01.
171. Hedriana HL, Moore TR. A comparison of single versus multiple growth ultrasonographic examinations in predicting birth weight. Am J Obstet Gynecol. 1994;170(6):1600-4; discussion 4-6. Epub 1994/06/01.
172. Ott WJ, Doyle S. Ultrasonic diagnosis of altered fetal growth by use of a normal ultrasonic fetal weight curve. Obstet Gynecol. 1984;63(2):201-4. Epub 1984/02/01.

173. Coomarasamy A, Connock M, Thornton J, Khan KS. Accuracy of ultrasound biometry in the prediction of macrosomia: a systematic quantitative review. BJOG. 2005;112(11):1461-6. Epub 2005/10/18.
174. Freire DMC, Cecatti JG, Paiva CSM. Correlation between estimated fetal weight by ultrasound and neonatal weight. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. 2010;32(1):4-10.
175. Hargreaves K, Cameron M, Edwards H, Gray R, Deane K. Is the use of symphysis-fundal height measurement and ultrasound examination effective in detecting small or large fetuses? J Obstet Gynaecol. 2011;31(5):380-3. Epub 2011/06/02.
176. Kayem G, Grange G, Breart G, Goffinet F. Comparison of fundal height measurement and sonographically measured fetal abdominal circumference in the prediction of high and low birth weight at term. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009;34(5):566-71. Epub 2009/07/08.
177. Beattie RB, Dornan JC. Antenatal screening for intrauterine growth retardation with umbilical artery Doppler ultrasonography. BMJ. 1989;298(6674):631-5. Epub 1989/03/11.
178. Todros T, Ferrazzi E, Arduini D, Bastonero S, Bezzeccheri V, Biolcati M, et al. Performance of Doppler ultrasonography as a screening test in low risk pregnancies: results of a multicentric study. J Ultrasound Med. 1995;14(5):343-8. Epub 1995/05/01.
179. Sijmons EA, Reuwer PJ, van Beek E, Bruinse HW. The validity of screening for small-for-gestational-age and low-weight-for-length infants by Doppler ultrasound. Br J Obstet Gynaecol. 1989;96(5):557-61. Epub 1989/05/01.
180. Atkinson MW, Maher JE, Owen J, Hauth JC, Goldenberg RL, Copper RL. The predictive value of umbilical artery Doppler studies for preeclampsia or fetal growth retardation in a preeclampsia prevention trial. Obstet Gynecol. 1994;83(4):609-12. Epub 1994/04/01.
181. Bricker L, Garcia J, Henderson J, Mugford M, Neilson J, Roberts T, et al. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views. Health Technol Assess. 2000;4(16):i-vi, 1-193. Epub 2000/11/09.
182. Whitlow BJ, Chatzipapas IK, Lazanakis ML, Kadir RA, Economides DL. The value of sonography in early pregnancy for the detection of fetal abnormalities in an unselected population. Br J Obstet Gynaecol. 1999;106(9):929-36. Epub 1999/09/24.
183. Srisupundit K, Tongsong T, Sirichotiyakul S, Chanprapaph P. Fetal structural anomaly screening at 11-14 weeks of gestation at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. J Med Assoc Thai. 2006;89(5):588-93. Epub 2006/06/08.
184. Cedergren M, Selbing A. Detection of fetal structural abnormalities by an 11-14-week ultrasound dating scan in an unselected Swedish population. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(8):912-5. Epub 2006/07/25.
185. Guariglia L, Rosati P. Transvaginal sonographic detection of embryonic-fetal abnormalities in early pregnancy. Obstet Gynecol. 2000;96(3):328-32. Epub 2000/08/29.
186. Randall P, Brealey S, Hahn S, Khan KS, Parsons JM. Accuracy of fetal echocardiography in the routine detection of congenital heart disease among unselected and low risk populations: a systematic review. BJOG. 2005;112(1):24-30. Epub 2005/01/25.
187. Buskens E, Grobbee DE, Frohn-Mulder IM, Stewart PA, Juttmann RE, Wladimiroff JW, et al. Efficacy of routine fetal ultrasound screening for congenital heart disease in normal pregnancy. Circulation. 1996;94(1):67-72. Epub 1996/07/01.
188. Tegnander E, Williams W, Johansen OJ, Blaas HG, Eik-Nes SH. Prenatal detection of heart defects in a non-selected population of 30,149 fetuses--detection rates and outcome. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006;27(3):252-65. Epub 2006/02/04.
189. Crowther CA, Kornman L, O'Callaghan S, George K, Furness M, Willson K. Is an ultrasound assessment of gestational age at the first antenatal visit of value? A randomised clinical trial. Br J Obstet Gynaecol. 1999;106(12):1273-9. Epub 1999/12/28.

190. Olesen AW, Thomsen SG. Prediction of delivery date by sonography in the first and second trimesters. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006;28(3):292-7. Epub 2006/07/26.
191. Taipale P, Hiilesmaa V. Predicting delivery date by ultrasound and last menstrual period in early gestation. Obstet Gynecol. 2001;97(2):189-94. Epub 2001/02/13.
192. Neufeld LM, Haas JD, Grajeda R, Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. Paediatr Perinat Epidemiol. 2006;20(4):290-8. Epub 2006/08/02.
193. Mustafa G, David RJ. Comparative accuracy of clinical estimate versus menstrual gestational age in computerized birth certificates. Public Health Rep. 2001;116(1):15-21. Epub 2001/09/26.
194. Nguyen TH, Larsen T, Engholm G, Moller H. Evaluation of ultrasound-estimated date of delivery in 17,450 spontaneous singleton births: do we need to modify Naegele's rule? Ultrasound Obstet Gynecol. 1999;14(1):23-8. Epub 1999/08/26.
195. Campbell S, Warsof SL, Little D, Cooper DJ. Routine ultrasound screening for the prediction of gestational age. Obstet Gynecol. 1985;65(5):613-20. Epub 1985/05/01.
196. Kopta MM, May RR, Crane JP. A comparison of the reliability of the estimated date of confinement predicted by crown-rump length and biparietal diameter. Am J Obstet Gynecol. 1983;145(5):562-5. Epub 1983/03/01.
197. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000182. Epub 2000/05/05.
198. Waldenstrom U, Axelsson O, Nilsson S, Eklund G, Fall O, Lindeberg S, et al. Effects of routine one-stage ultrasound screening in pregnancy: a randomised controlled trial. Lancet. 1988;2(8611):585-8. Epub 1988/09/10.
199. Westin M, Saltvedt S, Bergman G, Kublickas M, Almstrom H, Grunewald C, et al. Routine ultrasound examination at 12 or 18 gestational weeks for prenatal detection of major congenital heart malformations? A randomised controlled trial comprising 36,299 fetuses. BJOG. 2006;113(6):675-82. Epub 2006/05/20.
200. Saltvedt S, Almstrom H, Kublickas M, Valentin L, Grunewald C. Detection of malformations in chromosomally normal fetuses by routine ultrasound at 12 or 18 weeks of gestation-a randomised controlled trial in 39,572 pregnancies. BJOG. 2006;113(6):664-74. Epub 2006/05/20.
201. Whitworth M, Bricker L, Neilson James P, Dowswell T. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(4):CD007058.
202. Rasiah SV, Publicover M, Ewer AK, Khan KS, Kilby MD, Zamora J. A systematic review of the accuracy of first-trimester ultrasound examination for detecting major congenital heart disease. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006;28(1):110-6. Epub 2006/06/24.
203. Simpson LL, Malone FD, Bianchi DW, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Nuchal translucency and the risk of congenital heart disease. Obstet Gynecol. 2007;109(2 Pt 1):376-83. Epub 2007/02/03.
204. Maarse W, Berge SJ, Pistorius L, van Barneveld T, Kon M, Breugem C, et al. Diagnostic accuracy of transabdominal ultrasound in detecting prenatal cleft lip and palate: a systematic review. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010;35(4):495-502. Epub 2010/03/18.
205. Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008(4).
206. S Vause JH, JG Thornton. Palpation or ultrasound for detecting breech babies? . British Journal of Midwifery. 1997;5(6):318- 9.
207. Thorp JM Jr JT, Watson W. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. Obstetrics and Gynecology. 1991;78:394-6.

208. Olsen K. Midwife to midwife. 'Now just pop up here, dear...' revisiting the art of antenatal abdominal palpation. Practising Midwife. 1999;2:13–5.
209. Grant A ED, Valentin L, Alexander S. Routine formal fetal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed

singletons. Lancet. 1989;ii:345-9.
210. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2007(1):CD004909. Epub 2007/01/27.
211. Divanovic E BE. Routine heart and lung auscultation in prenatal care. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1999;64:247-51.
212. Sharif K WM. Routine antenatal fetal heart rate auscultation: is it necessary? Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1993;13:111-3.
213. Garcia J CM, MacDonald D, Elbourne D, Grant A. Mothers' views of continuous electronic fetal heart monitoring and intermittent auscultation in a randomized controlled trial. Birth. 1985;12(79–86).
214. Pattison N ML. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001;2.
215. Haws RA, Yakoob MY, Soomro T, Menezes EV, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: screening and monitoring during pregnancy and labour. BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9 Suppl 1:S5. Epub 2009/05/14.
216. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation). Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD001451. Epub 2000/05/05.
217. Stampalija T, Gyte GM, Alfirevic Z. Utero-placental Doppler ultrasound for improving pregnancy outcome. Cochrane Database Syst Rev. 2010(9):CD008363. Epub 2010/09/09.
218. Cnossen JS, Morris RK, ter Riet G, Mol BW, van der Post JA, Coomarasamy A, et al. Use of uterine artery Doppler ultrasonography to predict pre-eclampsia and intrauterine growth restriction: a systematic review and bivariable meta-analysis. CMAJ. 2008;178(6):701-11. Epub 2008/03/12.
219. Chang A, Magwene K, Frand E. Increased safety belt use following education in childbirth classes. Birth. 1987;14(3):148-52. Epub 1987/09/01.
220. Klinich KD, Schneider LW, Moore JL, Pearlman MD. Investigations of crashes involving pregnant occupants. Annu Proc Assoc Adv Automot Med. 2000;44:37-55. Epub 2001/09/18.
221. Crosby WM, Costiloe JP. Safety of lap-belt restraint for pregnant victims of automobile collisions. N Engl J Med. 1971;284(12):632-6. Epub 1971/03/25.
222. Crosby WM, King AI, Stout LC. Fetal survival following impact: improvement with shoulder harness restraint. Am J Obstet Gynecol. 1972;112(8):1101-6. Epub 1972/04/15.
223. Wolf M, Alexander B, Rivara F, Hickok D, RV RM. A retrospective cohort study of seatbelt use and pregnancy outcome after a motor vehicle crash. Journal of Trauma-Injury Infection and critical care. 1993;34:116-19.
224. James KV, Lohr JM, Deshmukh RM, Cranley JJ. Venous thrombotic complications of pregnancy. Cardiovasc Surg. 1996;4(6):777-82. Epub 1996/12/01.
225. McColl MD, Ramsay JE, Tait RC, Walker ID, McCall F, Conkie JA, et al. Risk factors for pregnancy associated venous thromboembolism. Thromb Haemost. 1997;78(4):1183-8. Epub 1997/11/19.
226. Kierkegaard A. Incidence and diagnosis of deep vein thrombosis associated with pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 1983;62(3):239-43. Epub 1983/01/01.

227. Scurr JH, Machin SJ, Bailey-King S, Mackie IJ, McDonald S, Smith PD. Frequency and prevention of symptomless deep-vein thrombosis in long-haul flights: a randomised trial. Lancet. 2001;357(9267):1485-9. Epub 2001/05/30.
228. RCOG. Advice on preventing deep vein thrombosis for pregnant women travelling by air. Scientific Advisory Committee Opinion paper No 1. 2001;London RCOG.
229. Martinez L e. Travellers with special needs, International Travel and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
230. ACOG Committee Opinion No. 443: Air travel during pregnancy. Obstet Gynecol. 2009;114(4):954--5. Epub 2009/11/06.
231. Doyle P, Roman E, Beral V, Brookes M. Spontaneous abortion in dry cleaning workers potentially exposed to perchloroethylene. Occup Environ Med. 1997;54(12):848-53. Epub 1998/02/21.
232. Kolstad HA, Brandt LP, Rasmussen K. [Chlorinated solvents and fetal damage. Spontaneous abortions, low birth weight and malformations among women employed in the dry-cleaning industry]. Ugeskr Laeger. 1990;152(35):2481-2. Epub 1990/08/27. Klorerede oplosningsmidler og fosterskader. Spontane aborter, lav fodselsvaegt og misdannelser blandt kvinder beskaeftiget i kemiske tojrenserier.
233. Kyyronen P, Taskinen H, Lindbohm ML, Hemminki K, Heinonen OP. Spontaneous abortions and congenital malformations among women exposed to tetrachloroethylene in dry cleaning. J Epidemiol Community Health. 1989;43(4):346-51. Epub 1989/12/01.
234. Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, Wolf FM. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2000;95(4):623-35. Epub 2000/03/22.
235. Hanke W, Kalinka J, Makowiec-Dabrowska T, Sobala W. Heavy physical work during pregnancy--a risk factor for small-for-gestational-age babies in Poland. Am J Ind Med. 1999;36(1):200-5. Epub 1999/06/11.
236. Bonzini M, Coggon D, Palmer KT. Risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review. Occup Environ Med. 2007;64(4):228-43. Epub 2006/11/11.
237. Tanentsapf I, Heitmann BL, Adegboye AR. Systematic review of clinical trials on dietary interventions to prevent excessive weight gain during pregnancy among normal weight, overweight and obese women. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11:81. Epub 2011/10/28.
238. Imdad A, Bhutta ZA. Effect of balanced protein energy supplementation during pregnancy on birth outcomes. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 3:S17. Epub 2011/04/29.
239. Streuling I, Beyerlein A, von Kries R. Can gestational weight gain be modified by increasing physical activity and diet counseling? A meta-analysis of interventional trials. Am J Clin Nutr. 2010;92(4):678-87. Epub 2010/07/30.
240. Kramer MS, Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2010(4):CD000032. Epub 2003/10/30.
241. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. Cochrane Database Syst Rev. 2001(3):CD001056. Epub 2001/11/01.
242. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. Lancet. 1991;338(8760):131-7. Epub 1991/07/20.
243. Wald NJ, Law MR, Morris JK, Wald DS. Quantifying the effect of folic acid. Lancet. 2001;358(9298):2069-73. Epub 2002/01/05.
244. Blencowe H, Cousens S, Modell B, Lawn J, Fall CH, Fisher DJ, et al. Folic acid to reduce neonatal mortality from neural tube disorders. Int J Epidemiol. 2010;39 Suppl 1:i110-21. Epub 2010/04/02

2010/02/04.
245. Hemminki E, Rimpela U. A randomized comparison of routine versus selective iron supplementation during pregnancy. J Am Coll Nutr. 1991;10(1):3-10. Epub 1991/02/01.
246. Pharmaceutical Society of Great B, British Medical A. British national formulary: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2003.
247. Pena-Rosas JP, Viteri FE. Effects and safety of preventive oral iron or iron+folic acid supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2009(4):CD004736. Epub 2009/10/13.
248. Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 3:S21. Epub 2011/04/29.
249. Brooke OG, Butters F, Wood C. Intrauterine vitamin D nutrition and postnatal growth in Asian infants. Br Med J (Clin Res Ed). 1981;283(6298):1024. Epub 1981/10/17.
250. Cockburn F, Belton NR, Purvis RJ, Giles MM, Brown JK, Turner TL, et al. Maternal vitamin D intake and mineral metabolism in mothers and their newborn infants. Br Med J. 1980;281(6232):11-4. Epub 1980/07/05.
251. Datta S, Alfaham M, Davies DP, Dunstan F, Woodhead S, Evans J, et al. Vitamin D deficiency in pregnant women from a non-European ethnic minority population--an interventional study. BJOG. 2002;109(8):905-8. Epub 2002/08/29.
252. Mallet E, Gugi B, Brunelle P, Henocq A, Basuyau JP, Lemeur H. Vitamin D supplementation in pregnancy: a controlled trial of two methods. Obstet Gynecol. 1986;68(3):300-4. Epub 1986/09/01.
253. Delvin EE, Salle BL, Glorieux FH, Adeleine P, David LS. Vitamin D supplementation during pregnancy: effect on neonatal calcium homeostasis. J Pediatr. 1986;109(2):328-34. Epub 1986/08/01.
254. De-Regil LM, Palacios C, Ansary A, Kulier R, Pena-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2:CD008873. Epub 2012/02/18.
255. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon M. Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2011(10):CD007079. Epub 2011/10/07.
256. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev. 2010(8):CD001059. Epub 2010/08/06.
257. Imdad A, Jabeen A, Bhutta ZA. Role of calcium supplementation during pregnancy in reducing risk of developing gestational hypertensive disorders: a meta-analysis of studies from developing countries. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 3:S18. Epub 2011/04/29.
258. Van DE, Kulier R, Gulmezoglu AM, Villar J. Vitamin A supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2002(4):CD001996. Epub 2003/01/10.
259. Ronsmans C, Fisher DJ, Osmond C, Margetts BM, Fall CH. Multiple micronutrient supplementation during pregnancy in low-income countries: a meta-analysis of effects on stillbirths and on early and late neonatal mortality. Food Nutr Bull. 2009;30(4 Suppl):S547-55. Epub 2010/02/04.
260. Kawai K, Spiegelman D, Shankar AH, Fawzi WW. Maternal multiple micronutrient supplementation and pregnancy outcomes in developing countries: meta-analysis and meta-regression. Bull World Health Organ. 2011;89(6):402-11B. Epub 2011/06/16.
261. Haider BA, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of multiple micronutrient supplementation during pregnancy on maternal and birth outcomes. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 3:S19. Epub 2011/04/29.

262. Shah PS, Ohlsson A. Effects of prenatal multimicronutrient supplementation on pregnancy outcomes: a meta-analysis. CMAJ. 2009;180(12):E99-108. Epub 2009/06/10.
263. Xiong X, Buekens P, Goldenberg RL, Offenbacher S, Qian X. Optimal timing of periodontal disease treatment for prevention of adverse pregnancy outcomes: before or during pregnancy? Am J Obstet Gynecol. 2011;205(2):111 e1-6. Epub 2011/05/31.
264. Polyzos NP, Polyzos IP, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaou EG, et al. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010;341:c7017. Epub 2010/12/31.
265. Offenbacher S, Beck JD, Jared HL, Mauriello SM, Mendoza LC, Couper DJ, et al. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2009;114(3):551-9. Epub 2009/08/25.
266. Uppal A, Uppal S, Pinto A, Dutta M, Shrivatsa S, Dandolu V, et al. The effectiveness of periodontal disease treatment during pregnancy in reducing the risk of experiencing preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. J Am Dent Assoc. 2010;141(12):1423-34. Epub 2010/12/02.
267. George A, Shamim S, Johnson M, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, et al. Periodontal treatment during pregnancy and birth outcomes: a meta-analysis of randomised trials. Int J Evid Based Healthc. 2011;9(2):122-47. Epub 2011/05/24.
268. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2005(2):CD001688. Epub 2005/04/23.
269. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. Health Technol Assess. 2000;4(25):1-171. Epub 2000/12/09.
270. Lavender T, Baker L, Smyth R, Collins S, Spofforth A, Dey P. Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomised controlled trial. BJOG. 2005;112(8):1047-53. Epub 2005/07/28.
271. Mattar CN, Chong YS, Chan YS, Chew A, Tan P, Chan YH, et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2007;109(1):73-80. Epub 2007/01/02.
272. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD006425. Epub 2011/11/11.
273. Little PJ. The incidence of urinary infection in 5000 pregnant women. Lancet. 1966;2(7470):925-8. Epub 1966/10/29.
274. Foley ME, Farquharson R, Stronge JM. Is screening for bacteriuria in pregnancy worthwhile? Br Med J (Clin Res Ed). 1987;295(6592):270. Epub 1987/07/25.
275. Leblanc AL, McGanity WJ. THE IMPACT OF BACTERIURIA IN PREGNANCY; A SURVEY OF 1300 PREGNANT PATIENTS. Tex Rep Biol Med. 1964;22:336-47. Epub 1964/01/01.
276. Kincaid-Smith P, Bullen M. BACTERIURIA IN PREGNANCY. Lancet. 1965;1(7382):395-9. Epub 1965/02/20.
277. Thomsen AC, Morup L, Hansen KB. Antibiotic elimination of group-B streptococci in urine in prevention of preterm labour. Lancet. 1987;1(8533):591-3. Epub 1987/03/14.
278. Elder HA, Santamarina BA, Smith S, Kass EH. The natural history of asymptomatic bacteriuria during pregnancy: the effect of tetracycline on the clinical course and the outcome of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1971;111(3):441-62. Epub 1971/10/01.
279. Gold EM, Traub FB, Daichman I, Terris M. Asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Obstet Gynecol. 1966;27(2):206-9. Epub 1966/02/01.
280. Mulla N. Bacteriuria in pregnancy. Obstet Gynecol. 1960;16:89-92. Epub 1960/07/01.

281. Savage WE, Hajj SN, Kass EH. Demographic and prognostic characteristics of bacteriuria in pregnancy. Medicine (Baltimore). 1967;46(5):385-407. Epub 1967/09/01.
282. Etherington IJ, James DK. Reagent strip testing of antenatal urine specimens for infection. Br J Obstet Gynaecol. 1993;100(9):806-8. Epub 1993/09/01.
283. Shelton SD, Boggess KA, Kirvan K, Sedor F, Herbert WN. Urinary interleukin-8 with asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Obstet Gynecol. 2001;97(4):583-6. Epub 2001/03/29.
284. McNair RD, MacDonald SR, Dooley SL, Peterson LR. Evaluation of the centrifuged and Gram-stained smear, urinalysis, and reagent strip testing to detect asymptomatic bacteriuria in obstetric patients. Am J Obstet Gynecol. 2000;182(5):1076-9. Epub 2000/05/20.
285. Bachman JW, Heise RH, Naessens JM, Timmerman MG. A study of various tests to detect asymptomatic urinary tract infections in an obstetric population. JAMA. 1993;270(16):1971-4. Epub 1993/10/27.
286. Robertson AW, Duff P. The nitrite and leukocyte esterase tests for the evaluation of asymptomatic bacteriuria in obstetric patients. Obstet Gynecol. 1988;71(6 Pt 1):878-81. Epub 1988/06/01.
287. Tincello DG, Richmond DH. Evaluation of reagent strips in detecting asymptomatic bacteriuria in early pregnancy: prospective case series. BMJ. 1998;316(7129):435-7. Epub 1998/03/11.
288. Abyad A. Screening for asymptomatic bacteriuria in pregnancy: urinalysis vs urine culture. J Fam Pract. 1991;33(5):471-4. Epub 1991/11/01.
289. Mignini L, Carroli G, Abalos E, Widmer M, Amigot S, Nardin JM, et al. Accuracy of diagnostic tests to detect asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Obstet Gynecol. 2009;113(2 Pt 1):346-52. Epub 2009/01/22.
290. Millar L, DeBuque L, Leialoha C, Grandinetti A, Killeen J. Rapid enzymatic urine screening test to detect bacteriuria in pregnancy. Obstet Gynecol. 2000;95(4):601-4. Epub 2000/03/22.
291. Villar J, Lydon-Rochelle MT, Gulmezoglu AM, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000491. Epub 2000/05/05.
292. Smaill F, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2007(2):CD000490. Epub 2007/04/20.
293. Flynn CA, Helwig AL, Meurer LN. Bacterial vaginosis in pregnancy and the risk of prematurity: a meta-analysis. J Fam Pract. 1999;48(11):885-92. Epub 2000/07/25.
294. Gratacos E, Figueras F, Barranco M, Vila J, Cararach V, Alonso PL, et al. Spontaneous recovery of bacterial vaginosis during pregnancy is not associated with an improved perinatal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998;77(1):37-40. Epub 1998/03/11.
295. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am J Med. 1983;74(1):14-22. Epub 1983/01/01.
296. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. J Clin Microbiol. 1991;29(2):297-301. Epub 1991/02/01.
297. Swadpanich U, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2008(2):CD006178. Epub 2008/04/22.
298. Nygren P, Fu R, Freeman M, Bougatsos C, Klebanoff M, Guise JM. Evidence on the benefits and harms of screening and treating pregnant women who are asymptomatic for bacterial vaginosis: an update review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008;148(3):220-33. Epub 2008/02/07.

299. Stamm WE, Harrison HR, Alexander ER, Cles LD, Spence MR, Quinn TC. Diagnosis of Chlamydia trachomatis infections by direct immunofluorescence staining of genital secretions. A multicenter trial. Ann Intern Med. 1984;101(5):638-41. Epub 1984/11/01.
300. Smith JW, Rogers RE, Katz BP, Brickler JF, Lineback PL, Van der Pol B, et al. Diagnosis of chlamydial infection in women attending antenatal and gynecologic clinics. J Clin Microbiol. 1987;25(5):868-72. Epub 1987/05/01.
301. Baselski VS, McNeeley SG, Ryan G, Robison M. A comparison of nonculture-dependent methods for detection of Chlamydia trachomatis infections in pregnant women. Obstet Gynecol. 1987;70(1):47-52. Epub 1987/07/01.
302. Garland SM, Tabrizi S, Hallo J, Chen S. Assessment of Chlamydia trachomatis prevalence by PCR and LCR in women presenting for termination of pregnancy. Sex Transm Infect. 2000;76(3):173-6. Epub 2000/08/29.
303. Andrews WW, Lee HH, Roden WJ, Mott CW. Detection of genitourinary tract Chlamydia trachomatis infection in pregnant women by ligase chain reaction assay. Obstet Gynecol. 1997;89(4):556-60. Epub 1997/04/01.
304. Thejls H, Gnarpe J, Gnarpe H, Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Ostergaard L, et al. Expanded gold standard in the diagnosis of Chlamydia trachomatis in a low prevalence population: diagnostic efficacy of tissue culture, direct immunofluorescence, enzyme immunoassay, PCR and serology. Genitourin Med. 1994;70(5):300-3. Epub 1994/10/01.
305. Macmillan S, McKenzie H, Templeton A. Parallel observation of four methods for screening women under 25 years of age for genital infection with Chlamydia trachomatis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;107(1):68-73. Epub 2003/02/21.
306. Renton A, Thomas BM, Gill S, Lowndes C, Taylor-Robinson D, Patterson K. Chlamydia trachomatis in cervical and vaginal swabs and urine specimens from women undergoing termination of pregnancy. Int J STD AIDS. 2006;17(7):443-7. Epub 2006/07/06.
307. Hosein IK, Kaunitz AM, Craft SJ. Detection of cervical Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae with deoxyribonucleic acid probe assays in obstetric patients. Am J Obstet Gynecol. 1992;167(3):588-91. Epub 1992/09/01.
308. Yang LI, Panke ES, Leist PA, Fry RJ, Lee RF. Detection of Chlamydia trachomatis endocervical infection in asymptomatic and symptomatic women: comparison of deoxyribonucleic acid probe test with tissue culture. Am J Obstet Gynecol. 1991;165(5 Pt 1):1444-53. Epub 1991/11/01.
309. Asbill KK, Higgins RV, Bahrani-Mostafavi Z, Vachris JC, Kotrotsios SH, Elliot MC, et al. Detection of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis colonization of the gravid cervix. Am J Obstet Gynecol. 2000;183(2):340-4; discussion 5-6. Epub 2000/08/15.
310. Spence MR, Barbacci M, Kappus E, Quinn T. A correlative study of Papanicolaou smear, fluorescent antibody, and culture for the diagnosis of Chlamydia trachomatis. Obstet Gynecol. 1986;68(5):691-5. Epub 1986/11/01.
311. Martin DH, Eschenbach DA, Cotch MF, Nugent RP, Rao AV, Klebanoff MA, et al. Double-Blind Placebo-Controlled Treatment Trial of Chlamydia trachomatis Endocervical Infections in Pregnant Women. Infect Dis Obstet Gynecol. 1997;5(1):10-7. Epub 1997/01/01.
312. Ryan GM, Jr., Abdella TN, McNeeley SG, Baselski VS, Drummond DE. Chlamydia trachomatis infection in pregnancy and effect of treatment on outcome. Am J Obstet Gynecol. 1990;162(1):34-9. Epub 1990/01/01.
313. Rivlin ME, Morrison JC, Grossman JH, 3rd. Comparison of pregnancy outcome between treated and untreated women with chlamydial cervicitis. J Miss State Med Assoc. 1997;38(11):404-7. Epub 1997/11/19.

314. McMillan JA, Weiner LB, Lamberson HV, Hagen JH, Aubry RH, Abdul-Karim RW, et al. Efficacy of maternal screening and therapy in the prevention of chlamydia infection of the newborn. Infection. 1985;13(6):263-6. Epub 1985/11/01.
315. Preece PM, Tookey P, Ades A, Peckham CS. Congenital cytomegalovirus infection: predisposing maternal factors. J Epidemiol Community Health. 1986;40(3):205-9. Epub 1986/09/01.
316. Peckham CS, Chin KS, Coleman JC, Henderson K, Hurley R, Preece PM. Cytomegalovirus infection in pregnancy: preliminary findings from a prospective study. Lancet. 1983;1(8338):1352-5. Epub 1983/06/18.
317. Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, Pearson ML, Shapiro CN, Deitchmann SD. Guideline for infection control in healthcare personnel, 1998. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol. 1998;19(6):407-63. Epub 1998/07/21.
318. Stagno S, Whitley RJ. Herpesvirus infections of pregnancy. Part I: Cytomegalovirus and Epstein-Barr virus infections. N Engl J Med. 1985;313(20):1270-4. Epub 1985/11/14.
319. Yinon Y, Farine D, Yudin MH. Screening, diagnosis, and management of cytomegalovirus infection in pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2011;65(11):736-43. Epub 2011/03/08.
320. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med. 1994;331(18):1173-80. Epub 1994/11/03.
321. Chou R, Smits AK, Huffman LH, Fu R, Korthuis PT. Prenatal screening for HIV: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2005;143(1):38-54. Epub 2005/07/07.
322. Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A, Bongain A, Benifla JL, Delfraissy JF, et al. Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. JAMA. 1998;280(1):55-60. Epub 1998/07/11.
323. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2002;51:1–80.
324. Samson L, King S. Evidence-based guidelines for universal counselling and offering of HIV testing in pregnancy in Canada. CMAJ. 1998;158(11):1449-57. Epub 1998/06/18.
325. Van Doornum GJ, Buimer M, Gobbers E, Bindels PJ, Coutinho RA. Evaluation of an expanded two-ELISA approach for confirmation of reactive serum samples in an HIV-screening programme for pregnant women. J Med Virol. 1998;54(4):285-90. Epub 1998/04/29.
326. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep.59(RR-12):1-110. Epub 2010/12/17.
327. Tagbor H, Bruce J, Agbo M, Greenwood B, Chandramohan D. Intermittent screening and treatment versus intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy: a randomised controlled non-inferiority trial. PLoS One. 2011;5(12):e14425. Epub 2011/01/05.
328. Bardaji A, Sigauque B, Sanz S, Maixenchs M, Ordi J, Aponte JJ, et al. Impact of malaria at the end of pregnancy on infant mortality and morbidity. J Infect Dis. 2011;203(5):691-9. Epub 2011/01/05.
329. Ishaque S, Yakoob MY, Imdad A, Goldenberg RL, Eisele TP, Bhutta ZA. Effectiveness of interventions to screen and manage infections during pregnancy on reducing stillbirths: a review. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 3:S3. Epub 2011/04/29.
330. Ndibazza J, Muhangi L, Akishule D, Kiggundu M, Ameke C, Oweka J, et al. Effects of deworming during pregnancy on maternal and perinatal outcomes in Entebbe, Uganda: a randomized controlled trial. Clin Infect Dis. 2010;50(4):531-40. Epub 2010/01/14.

331. Grangeot-Keros L, Enders G. Evaluation of a new enzyme immunoassay based on recombinant Rubella virus-like particles for detection of immunoglobulin M antibodies to Rubella virus. J Clin Microbiol. 1997;35(2):398-401. Epub 1997/02/01.
332. Miller E, Cradock-Watson JE, Pollock TM. Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy. Lancet. 1982;2(8302):781-4. Epub 1982/10/09.
333. Grillner L, Forsgren M, Barr B, Bottiger M, Danielsson L, De Verdier C. Outcome of rubella during pregnancy with special reference to the 17th-24th weeks of gestation. Scand J Infect Dis. 1983;15(4):321-5. Epub 1983/01/01.
334. Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. MMWR–Morbidity and Mortality Weekly Report. 2001;50:1117.
335. Dontigny L, Arsenault MY, Martel MJ, Biringer A, Cormier J, Delaney M, et al. Rubella in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(2):152-68. Epub 2008/02/08.
336. STD Section HaSD, PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, with the PHLS Syphilis Working Group. Report to the National Screening Committee. Antenatal Syphilis Screening in the UK: A Systematic Review and National Options Appraisal with Recommendations. London: PHLS; 1998.
337. Egglestone SI TA. Serological diagnosis of syphilis. Communicable Disease and Public Health/PHLS. 2000;3:158–62.
338. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 3:S9. Epub 2011/04/29.
339. Beasley RP, Trepo C, Stevens CE, Szmuness W. The e antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen. Am J Epidemiol. 1977;105(2):94-8. Epub 1977/02/01.
340. Beasley RP, Hwang LY, Lee GC, Lan CC, Roan CH, Huang FY, et al. Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine. Lancet. 1983;2(8359):1099-102. Epub 1983/11/12.
341. Summers PR, Biswas MK, Pastorek JG, 2nd, Pernoll ML, Smith LG, Bean BE. The pregnant hepatitis B carrier: evidence favoring comprehensive antepartum screening. Obstet Gynecol. 1987;69(5):701-4. Epub 1987/05/01.
342. Chaita TM, Graham SM, Maxwell SM, Sirivasin W, Sabchareon A, Beeching NJ. Salivary sampling for hepatitis B surface antigen carriage: a sensitive technique suitable for epidemiological studies. Ann Trop Paediatr. 1995;15(2):135-9. Epub 1995/06/01.
343. Lin K, Vickery J. Screening for hepatitis B virus infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med. 2009;150(12):874-6. Epub 2009/06/17.
344. Yancey MK SA, Brown LK, Ventura VL, Markenson GR. The accuracy of late antenatal screening cultures in predicting genital group B streptococcal colonization at delivery. Obstetrics and Gynecology. 1996;88:811–5.
345. Boyer KM GC, Kelly PD, Burd LI, Gotoff SP. Selective intrapartum chemoprophylaxis of neonatal group B streptococcal early-onset disease. II. Predictive value of prenatal cultures. Journal of Infectious Diseases. 1983;148:802–9.
346. Schrag SJ ZE, Lynfield R, Roome A, Arnold KE, Craig AS, et al. A population-based comparison of strategies to prevent early-onset group B streptococcal disease in neonates. New England Journal of Medicine. 2002;347:233–9.
347. Smaill F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonisation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1999;3:1–5.
348. Benitz WE GJ, Druzin ML. Antimicrobial prevention of early-onset group B streptococcal sepsis: estimates of risk reduction based on a critical literature review. Pediatrics. 1999;103:e78.

349. Gibbs RS MF. Randomized clinical trial of intrapartum clindamycin cream for reduction of group B streptococcal maternal and neonatal colonization. Infectious Disease in Obstetrics and Gynecology. 1986;41:25–7.
350. Valkenburg-van den Berg AW, Houtman-Roelofsen RL, Oostvogel PM, Dekker FW, Dorr PJ, Sprij AJ. Timing of group B streptococcus screening in pregnancy: a systematic review. Gynecol Obstet Invest. 2010;69(3):174-83. Epub 2009/12/18.
351. Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010;59(RR-10):1-36. Epub 2010/11/23.
352. Centelles-Serrano MJ, Perez-Moreno MO, Llovet-Lombarte MI, Cortell-Ortola M, Jardi-Baiges AM, Buj-Gonzalez JI. [Effectiveness of systematic investigation for Group B Streptococcus in urine samples to identify colonized pregnant women]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009;27(7):394-8. Epub 2009/05/02. Impacto de la investigacion sistematica de estreptococo del grupo B en orina en la identificacion de gestantes colonizadas.
353. Thangaratinam S, Gallos ID, Meah N, Usman S, Ismail KM, Khan KS. How accurate are maternal symptoms in predicting impending complications in women with preeclampsia? A systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(6):564-73. Epub 2011/03/02.
354. Magann EF, Cummings JE, Niederhauser A, Rodriguez-Thompson D, McCormack R, Chauhan SP. Antepartum bleeding of unknown origin in the second half of pregnancy: a review. Obstet Gynecol Surv. 2005;60(11):741-5. Epub 2005/10/28.
355. Steer P, Alam MA, Wadsworth J, Welch A. Relation between maternal haemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups. BMJ. 1995;310(6978):489-91. Epub 1995/02/25.
356. Zhou LM, Yang WW, Hua JZ, Deng CQ, Tao X, Stoltzfus RJ. Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. Am J Epidemiol. 1998;148(10):998-1006. Epub 1998/11/26.
357. Goldenberg RL, Iams JD, Mercer BM, Meis PJ, Moawad AH, Copper RL, et al. The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births. NICHD MFMU Network. Am J Public Health. 1998;88(2):233-8. Epub 1998/03/10.
358. Iams JD, Goldenberg RL, Mercer BM, Moawad AH, Meis PJ, Das AF, et al. The preterm prediction study: can low-risk women destined for spontaneous preterm birth be identified? Am J Obstet Gynecol. 2001;184(4):652-5. Epub 2001/03/23.
359. Kristensen J, Langhoff-Roos J, Kristensen FB. Implications of idiopathic preterm delivery for previous and subsequent pregnancies. Obstet Gynecol. 1995;86(5):800-4. Epub 1995/11/01.
360. Blondel B, Le Coutour X, Kaminski M, Chavigny C, Breart G, Sureau C. Prediction of preterm delivery: is it substantially improved by routine vaginal examinations? Am J Obstet Gynecol. 1990;162(4):1042-8. Epub 1990/04/01.
361. Chambers S, Pons JC, Richard A, Chiesa M, Bouyer J, Papiernik E. Vaginal infections, cervical ripening and preterm delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1991;38(2):103-8. Epub 1991/01/30.
362. Parikh MN, Mehta AC. Internal cervical os during the second half of pregnancy. J Obstet Gynaecol Br Emp. 1961;68:818-21. Epub 1961/10/01.
363. Leveno KJ, Cox K, Roark ML. Cervical dilatation and prematurity revisited. Obstet Gynecol. 1986;68(3):434-5. Epub 1986/09/01.
364. Alexander S, Boulvain M, Ceysens G, Haelterman E, Zhang WH. Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2010;6:CD005940.

365. Heath VC, Daskalakis G, Zagaliki A, Carvalho M, Nicolaides KH. Cervicovaginal fibronectin and cervical length at 23 weeks of gestation: relative risk of early preterm delivery. BJOG. 2000;107(10):1276-81. Epub 2000/10/12.
366. Chang TC, Chew TS, Pang M, Tan AC, Yeo GS. Cervicovaginal foetal fibronectin in the prediction of preterm labour in a low-risk population. Ann Acad Med Singapore. 1997;26(6):776-80. Epub 1998/04/02.
367. Faron G, Boulvain M, Lescrainier JP, Vokaer A. A single cervical fetal fibronectin screening test in a population at low risk for preterm delivery: an improvement on clinical indicators? Br J Obstet Gynaecol. 1997;104(6):697-701. Epub 1997/06/01.
368. Daskalakis G, Papapanagiotou A, Mesogitis S, Papantoniou N, Mavromatis K, Antsaklis A. Bacterial vaginosis and group B streptococcal colonization and preterm delivery in a low-risk population. Fetal Diagn Ther. 2006;21(2):172-6. Epub 2006/02/24.
369. Crane JM, Armson BA, Dodds L, Feinberg RF, Kennedy W, Kirkland SA. Risk scoring, fetal fibronectin, and bacterial vaginosis to predict preterm delivery. Obstet Gynecol. 1999;93(4):517-22. Epub 1999/04/24.
370. Berghella V, Hayes E, Visintine J, Baxter JK. Fetal fibronectin testing for reducing the risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008(4).
371. Honest H, Forbes CA, Duree KH, Norman G, Duffy SB, Tsourapas A, et al. Screening to prevent spontaneous preterm birth: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. Health Technol Assess. 2009;13(43):1-627. Epub 2009/10/03.
372. Inglis SR, Jeremias J, Kuno K, Lescale K, Peeper Q, Chervenak FA, et al. Detection of tumor necrosis factor-alpha, interleukin-6, and fetal fibronectin in the lower genital tract during pregnancy: relation to outcome. Am J Obstet Gynecol. 1994;171(1):5-10. Epub 1994/07/01.
373. Lockwood CJ, Ghidini A, Wein R, Lapinski R, Casal D, Berkowitz RL. Increased interleukin-6 concentrations in cervical secretions are associated with preterm delivery. Am J Obstet Gynecol. 1994;171(4):1097-102. Epub 1994/10/01.
374. Goepfert AR, Goldenberg RL, Andrews WW, Hauth JC, Mercer B, Iams J, et al. The Preterm Prediction Study: association between cervical interleukin 6 concentration and spontaneous preterm birth. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol. 2001;184(3):483-8. Epub 2001/03/03.
375. Hvilsom GB, Thorsen P, Jeune B, Bakketeig LS. C-reactive protein: a serological marker for preterm delivery? Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81(5):424-9. Epub 2002/05/25.
376. Karinen L, Pouta A, Bloigu A, Koskela P, Paldanius M, Leinonen M, et al. Serum C-reactive protein and Chlamydia trachomatis antibodies in preterm delivery. Obstet Gynecol. 2005;106(1):73-80. Epub 2005/07/05.
377. Berghella V, Baxter JK, Hendrix NW. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(3).
378. Domin CM, Smith EJ, Terplan M. Transvaginal ultrasonographic measurement of cervical length as a predictor of preterm birth: a systematic review with meta-analysis. Ultrasound Q. 2010;26(4):241-8. Epub 2010/11/19.
379. Scott DA, Loveman E, McIntyre L, Waugh N. Screening for gestational diabetes: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2002;6(11):1-161. Epub 2002/11/16.
380. Dornhorst A, Paterson CM, Nicholls JS, Wadsworth J, Chiu DC, Elkeles RS, et al. High prevalence of gestational diabetes in women from ethnic minority groups. Diabet Med. 1992;9(9):820-5. Epub 1992/11/01.

381. Davey RX, Hamblin PS. Selective versus universal screening for gestational diabetes mellitus: an evaluation of predictive risk factors. Med J Aust. 2001;174(3):118-21. Epub 2001/03/15.
382. Ostlund I, Hanson U. Occurrence of gestational diabetes mellitus and the value of different screening indicators for the oral glucose tolerance test. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003;82(2):103-8. Epub 2003/03/22.
383. Kim C, Berger DK, Chamany S. Recurrence of gestational diabetes mellitus: a systematic review. Diabetes Care. 2007;30(5):1314-9. Epub 2007/02/10.
384. Watson W. Screening for glycosuria during pregnancy. Southern Medical Journal. 1990;83:156–8.
385. Gribble RK MP, Berg RL. The value of urine screening for glucose at each prenatal visit. Obstetrics and Gynecology. 1995;86:405–10.
386. Nasrat AA, Johnstone FD, Hasan SA. Is random plasma glucose an efficient screening test for abnormal glucose tolerance in pregnancy? Br J Obstet Gynaecol. 1988;95(9):855-60. Epub 1988/09/01.
387. Perucchini D FU, Spinas GA, Huch R, Huch A, Lehmann R. Using fasting plasma glucose concentrations to screen for gestational diabetes mellitus: prospective population based study. British Medical Journal. 1999;319:812–5.
388. Seshiah V, Balaji V, Balaji MS, Sanjeevi CB, Green A. Gestational diabetes mellitus in India. J Assoc Physicians India. 2004;52:707-11. Epub 2005/04/21.
389. Cetin M, Cetin A. Time-dependent gestational diabetes screening values. Int J Gynaecol Obstet. 1997;56(3):257-61. Epub 1997/03/01.
390. O'Sullivan JB, Mahan CM, Charles D, Dandrow RV. Screening criteria for high-risk gestational diabetic patients. Am J Obstet Gynecol. 1973;116(7):895-900. Epub 1973/08/01.
391. Reichelt AJ SE, Branchtein L, Nucci LB, Franco LJ, Schmidt M. Fasting plasma glucose is a useful test for the detection of gestational diabetes. Brazilian Study of Gestational Diabetes (EBDG) Working group. Diabetes Care. 1998;21:1246–9.
392. Fadl H, Ostlund I, Nilsson K, Hanson U. Fasting capillary glucose as a screening test for gestational diabetes mellitus. BJOG. 2006;113(9):1067-71. Epub 2006/09/08.
393. Griffin ME, Coffey M, Johnson H, Scanlon P, Foley M, Stronge J, et al. Universal vs. risk factor-based screening for gestational diabetes mellitus: detection rates, gestation at diagnosis and outcome. Diabet Med. 2000;17(1):26-32. Epub 2000/02/26.
394. Rajab KE, Mehdi S. Pregnancy outcome among gestational diabetics with blood glucose levels between 7.7 and 8.3 mmol/l. Int J Gynaecol Obstet. 1998;63(1):59-61. Epub 1998/12/16.
395. Yogev Y, Langer O, Xenakis EM, Rosenn B. The association between glucose challenge test, obesity and pregnancy outcome in 6390 non-diabetic women. J Matern Fetal Neonatal Med. 2005;17(1):29-34. Epub 2005/04/05.
396. Dietrich ML, Dolnicek TF, Rayburn WF. Gestational diabetes screening in a private, midwestern American population. Am J Obstet Gynecol. 1987;156(6):1403-8. Epub 1987/06/01.
397. Sun B, Wang X, Song Q, Wang Y, Xue L, Wang C, et al. Prospective studies on the relationship between the 50 g glucose challenge test and pregnant outcome. Chin Med J (Engl). 1995;108(12):910-3. Epub 1995/12/01.
398. Schytte T, Jorgensen LG, Brandslund I, Petersen PH, Andersen B. The clinical impact of screening for gestational diabetes. Clin Chem Lab Med. 2004;42(9):1036-42. Epub 2004/10/23.
399. Weijers RN, Bekedam DJ, Goldschmidt HM, Smulders YM. The clinical usefulness of glucose tolerance testing in gestational diabetes to predict early postpartum diabetes mellitus. Clin Chem Lab Med. 2006;44(1):99-104. Epub 2005/12/27.

400. Syed M, Javed H, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of screening and management of diabetes during pregnancy on stillbirths. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 3:S2. Epub 2011/04/29.
401. Hillier TA, Vesco KK, Pedula KL, Beil TL, Whitlock EP, Pettitt DJ. Screening for gestational diabetes mellitus: A systematic review for the U.S. preventive services task force. Annals of Internal Medicine. 2008;148(10):766-75.
402. Blatt AJ, Nakamoto JM, Kaufman HW. Gaps in diabetes screening during pregnancy and postpartum. Obstet Gynecol. 2011;117(1):61-8. Epub 2010/12/22.
403. Waugh N, Royle P, Clar C, Henderson R, Cummins E, Hadden D, et al. Screening for hyperglycaemia in pregnancy: a rapid update for the National Screening Committee. Health Technology Assessment. 2010;14(45):1-183. Epub 45.
404. Russell MA, Carpenter MW, Coustan DR. Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2007;50(4):949-58 10.1097/GRF.0b013e31815a5510.
405. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2008;358(19):1991-2002. Epub 2008/05/09.
406. van Leeuwen M, Louwerse MD, Opmeer BC, Limpens J, Serlie MJ, Reitsma JB, et al. Glucose challenge test for detecting gestational diabetes mellitus: a systematic review. BJOG. 2012;119(4):393-401. Epub 2012/01/21.
407. Davey DA, MacGillivray I. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1988;158(4):892-8. Epub 1988/04/01.
408. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. London: NICE; 2010.
409. Brown MA, Lindheimer MD, de Swiet M, Van Assche A, Moutquin JM. The classification and diagnosis of the hypertensive disorders of pregnancy: statement from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). Hypertens Pregnancy. 2001;20(1):IX-XIV. Epub 2002/06/05.
410. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. BMJ. 2005;330(7491):565. Epub 2005/03/04.
411. Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Bradley J, Cooper C, et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. BMJ. 2005;330(7491):576-80. Epub 2005/03/12.
412. Meads CA, Cnossen JS, Meher S, Juarez-Garcia A, ter Riet G, Duley L, et al. Methods of prediction and prevention of pre-eclampsia: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. Health Technol Assess. 2008;12(6):iii-iv, 1-270. Epub 2008/03/12.
413. Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2008;198(1):7-22. Epub 2008/01/02.
414. Siqueira FM, Cota LO, Costa JE, Haddad JP, Lana AM, Costa FO. Maternal periodontitis as a potential risk variable for preeclampsia: a case-control study. J Periodontol. 2008;79(2):207-15. Epub 2008/02/07.
415. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. Cochrane Database Syst Rev. 2007(2):CD004659. Epub 2007/04/20.
416. Meher S, Duley L. Nitric oxide for preventing pre-eclampsia and its complications. Cochrane Database Syst Rev. 2007(2):CD006490. Epub 2007/04/20.
417. Meher S, Duley L. Progesterone for preventing pre-eclampsia and its complications. Cochrane Database Syst Rev. 2006(4):CD006175. Epub 2006/10/21.

418. Churchill D, Beevers GD, Meher S, Rhodes C. Diuretics for preventing pre-eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2007(1):CD004451. Epub 2007/01/27.
419. Mello G, Parretti E, Fatini C, Riviello C, Gensini F, Marchionni M, et al. Low-molecular-weight heparin lowers the recurrence rate of preeclampsia and restores the physiological vascular changes in angiotensin-converting enzyme DD women. Hypertension. 2005;45(1):86-91. Epub 2004/11/24.
420. Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):CD001059. Epub 2006/07/21.
421. Rumbold A, Duley L, Crowther CA, Haslam RR. Antioxidants for preventing pre-eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2008(1):CD004227. Epub 2008/02/07.
422. Wen SW, Chen XK, Rodger M, White RR, Yang Q, Smith GN, et al. Folic acid supplementation in early second trimester and the risk of preeclampsia. Am J Obstet Gynecol. 2008;198(1):45 e1-7. Epub 2008/01/02.
423. Makrides M, Duley L, Olsen SF. Marine oil, and other prostaglandin precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by pre-eclampsia or intrauterine growth restriction. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):CD003402. Epub 2006/07/21.
424. Meher S, Duley L. Garlic for preventing pre-eclampsia and its complications. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):CD006065. Epub 2006/07/21.
425. Meher S, Duley L. Rest during pregnancy for preventing pre-eclampsia and its complications in women with normal blood pressure. Cochrane Database Syst Rev. 2006(2):CD005939. Epub 2006/04/21.
426. Meher S, Duley L. Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. Cochrane Database Syst Rev. 2006(2):CD005942. Epub 2006/04/21.
427. Antartani R, Ashok K. Effect of lycopene in prevention of preeclampsia in high risk pregnant women. Journal of the Turkish German Gynecology Association. 2011;12(1):35-8.
428. Banerjee S, Jeyaseelan S, Guleria R. Trial of lycopene to prevent pre-eclampsia in healthy primigravidas: results show some adverse effects. J Obstet Gynaecol Res. 2009;35(3):477-82. Epub 2009/06/17.
429. Basaran A, Basaran M, Topatan B. Combined vitamin C and E supplementation for the prevention of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol Surv. 2010;65(10):653-67. Epub 2010/12/25.
430. Bujold E, Morency AM, Roberge S, Lacasse Y, Forest JC, Giguere Y. Acetylsalicylic acid for the prevention of preeclampsia and intra-uterine growth restriction in women with abnormal uterine artery Doppler: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(9):818-26. Epub 2009/11/28.
431. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2009;116(2 Pt 1):402-14. Epub 2010/07/29.
432. Catov JM, Nohr EA, Bodnar LM, Knudson VK, Olsen SF, Olsen J. Association of periconceptional multivitamin use with reduced risk of preeclampsia among normal-weight women in the Danish National Birth Cohort. Am J Epidemiol. 2009;169(11):1304-11. Epub 2009/04/18.
433. Conde-Agudelo A, Romero R, Kusanovic JP, Hassan SS. Supplementation with vitamins C and E during pregnancy for the prevention of preeclampsia and other adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2010;204(6):503 e1-12. Epub 2011/05/03.

434. Haugen M, Brantsaeter AL, Trogstad L, Alexander J, Roth C, Magnus P, et al. Vitamin D supplementation and reduced risk of preeclampsia in nulliparous women. Epidemiology. 2009;20(5):720-6. Epub 2009/05/20.
435. Lambers MJ, Groeneveld E, Hoozemans DA, Schats R, Homburg R, Lambalk CB, et al. Lower incidence of hypertensive complications during pregnancy in patients treated with low-dose aspirin during in vitro fertilization and early pregnancy. Hum Reprod. 2009;24(10):2447-50. Epub 2009/07/18.
436. Lin JH, Yang YK, Liu H, Lin QD, Zhang WY. Effect of antioxidants on amelioration of high-risk factors inducing hypertensive disorders in pregnancy. Chin Med J (Engl). 2011;123(18):2548-54. Epub 2010/11/03.
437. Roberts JM, Myatt L, Spong CY, Thom EA, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Vitamins C and E to prevent complications of pregnancy-associated hypertension. N Engl J Med. 2010;362(14):1282-91. Epub 2010/04/09.
438. Teran E, Hernandez I, Nieto B, Tavara R, Ocampo JE, Calle A. Coenzyme Q10 supplementation during pregnancy reduces the risk of pre-eclampsia. Int J Gynaecol Obstet. 2009;105(1):43-5. Epub 2009/01/22.
439. Waugh JJ, Clark TJ, Divakaran TG, Khan KS, Kilby MD. Accuracy of urinalysis dipstick techniques in predicting significant proteinuria in pregnancy. Obstet Gynecol. 2004;103(4):769-77. Epub 2004/03/31.
440. Gangaram R, Ojwang PJ, Moodley J, Maharaj D. The accuracy of urine dipsticks as a screening test for proteinuria in hypertensive disorders of pregnancy. Hypertens Pregnancy. 2005;24(2):117-23. Epub 2005/07/23.
441. Saikul S, Wiriyasirivaj B, Charoenchinont P. First 4-hour urinary protein - creatinine ratio for diagnosis of significant proteinuria in preeclampsia. J Med Assoc Thai. 2006;89 Suppl 4:S42-6. Epub 2007/08/30.
442. Rinehart BK, Terrone DA, Larmon JE, Perry KG, Jr., Martin RW, Martin JN, Jr. A 12-hour urine collection accurately assesses proteinuria in the hospitalized hypertensive gravida. J Perinatol. 1999;19(8 Pt 1):556-8. Epub 2000/01/25.
443. Waugh JJ, Bell SC, Kilby MD, Blackwell CN, Seed P, Shennan AH, et al. Optimal bedside urinalysis for the detection of proteinuria in hypertensive pregnancy: a study of diagnostic accuracy. BJOG. 2005;112(4):412-7. Epub 2005/03/22.
444. Al RA, Baykal C, Karacay O, Geyik PO, Altun S, Dolen I. Random urine protein-creatinine ratio to predict proteinuria in new-onset mild hypertension in late pregnancy. Obstet Gynecol. 2004;104(2):367-71. Epub 2004/08/05.
445. Dwyer BK, Gorman M, Carroll IR, Druzin M. Urinalysis vs urine protein-creatinine ratio to predict significant proteinuria in pregnancy. J Perinatol. 2008;28(7):461-7. Epub 2008/02/22.
446. Leanos-Miranda A, Marquez-Acosta J, Romero-Arauz F, Cardenas-Mondragon GM, Rivera-Leanos R, Isordia-Salas I, et al. Protein:creatinine ratio in random urine samples is a reliable marker of increased 24-hour protein excretion in hospitalized women with hypertensive disorders of pregnancy. Clin Chem. 2007;53(9):1623-8. Epub 2007/07/31.
447. Ramos JG, Martins-Costa SH, Mathias MM, Guerin YL, Barros EG. Urinary protein/creatinine ratio in hypertensive pregnant women. Hypertens Pregnancy. 1999;18(3):209-18. Epub 1999/12/10.
448. Wheeler TL, 2nd, Blackhurst DW, Dellinger EH, Ramsey PS. Usage of spot urine protein to creatinine ratios in the evaluation of preeclampsia. Am J Obstet Gynecol. 2007;196(5):465 e1-4. Epub 2007/05/01.
449. Sibai BM, Koch MA, Freire S, Pinto e Silva JL, Rudge MV, Martins-Costa S, et al. Serum inhibin A and angiogenic factor levels in pregnancies with previous preeclampsia and/or chronic

hypertension: are they useful markers for prediction of subsequent preeclampsia? Am J Obstet Gynecol. 2008;199(3):268 e1-9. Epub 2008/09/06.
450. Jacobs M, Nassar N, Roberts CL, Hadfield R, Morris JM, Ashton AW. Levels of soluble fms-like tyrosine kinase one in first trimester and outcomes of pregnancy: a systematic review. Reprod Biol Endocrinol. 2011;9:77. Epub 2011/06/09.
451. Levine RJ, Lam C, Qian C, Yu KF, Maynard SE, Sachs BP, et al. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia. N Engl J Med. 2006;355(10):992-1005. Epub 2006/09/08.
452. Levine RJ, Thadhani R, Qian C, Lam C, Lim KH, Yu KF, et al. Urinary placental growth factor and risk of preeclampsia. JAMA. 2005;293(1):77-85. Epub 2005/01/06.
453. Levine RJ, Maynard SE, Qian C, Lim KH, England LJ, Yu KF, et al. Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. N Engl J Med. 2004;350(7):672-83. Epub 2004/02/07.
454. Lynch AM, Murphy JR, Gibbs RS, Levine RJ, Giclas PC, Salmon JE, et al. The interrelationship of complement-activation fragments and angiogenesis-related factors in early pregnancy and their association with pre-eclampsia. BJOG. 2010;117(4):456-62. Epub 2010/01/16.
455. Westergaard HB, Langhoff-Roos J, Lingman G, Marsal K, Kreiner S. A critical appraisal of the use of umbilical artery Doppler ultrasound in high-risk pregnancies: use of meta-analyses in evidence-based obstetrics. Ultrasound Obstet Gynecol. 2001;17(6):466-76. Epub 2001/06/26.
456. Williams KP, Farquharson DF, Bebbington M, Dansereau J, Galerneau F, Wilson RD, et al. Screening for fetal well-being in a high-risk pregnant population comparing the nonstress test with umbilical artery Doppler velocimetry: a randomized controlled clinical trial. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(5):1366-71. Epub 2003/05/16.
457. Frusca T, Soregaroli M, Platto C, Enterri L, Lojacono A, Valcamonico A. Uterine artery velocimetry in patients with gestational hypertension. Obstet Gynecol. 2003;102(1):136-40. Epub 2003/07/10.
458. Ferrier C, North RA, Becker G, Cincotta R, Fairley K, Kincaid-Smith P. Uterine artery waveform as a predictor of pregnancy outcome in women with underlying renal disease. Clin Nephrol. 1994;42(6):362-8. Epub 1994/12/01.
459. Parretti E, Mealli F, Magrini A, Cioni R, Mecacci F, La Torre P, et al. Cross-sectional and longitudinal evaluation of uterine artery Doppler velocimetry for the prediction of pre-eclampsia in normotensive women with specific risk factors. Ultrasound Obstet Gynecol. 2003;22(2):160-5. Epub 2003/08/09.
460. Coleman MA, McCowan LM, North RA. Mid-trimester uterine artery Doppler screening as a predictor of adverse pregnancy outcome in high-risk women. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000;15(1):7-12. Epub 2000/04/25.
461. Caforio L, Testa AC, Mastromarino C, Carducci B, Ciampelli M, Mansueto D, et al. Predictive value of uterine artery velocimetry at midgestation in low- and high-risk populations: a new perspective. Fetal Diagn Ther. 1999;14(4):201-5. Epub 1999/07/27.
462. Asnafi N, Hajian K. Mid-trimester uterine artery Doppler ultrasound as a predictor of adverse obstetric outcome in high-risk pregnancy. Taiwan J Obstet Gynecol. 2011;50(1):29-32. Epub 2011/04/13.
463. Kuc S, Wortelboer EJ, van Rijn BB, Franx A, Visser GH, Schielen PC. Evaluation of 7 serum biomarkers and uterine artery Doppler ultrasound for first-trimester prediction of preeclampsia: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2011;66(4):225-39. Epub 2011/07/16.
464. Alfirevic Z, Stampalija T, Gyte GM. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2010(8):CD001450. Epub 2010/08/06.

465. Thangaratinam S, Coomarasamy A, O'Mahony F, Sharp S, Zamora J, Khan KS, et al. Estimation of proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia: a systematic review. BMC Med. 2009;7:10. Epub 2009/03/26.
466. Thangaratinam S, Ismail KM, Sharp S, Coomarasamy A, Khan KS. Accuracy of serum uric acid in predicting complications of pre-eclampsia: a systematic review. BJOG. 2006;113(4):369-78. Epub 2006/03/24.
467. Nisell H, Palm K, Wolff K. Prediction of maternal and fetal complications in preeclampsia. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79(1):19-23. Epub 2000/01/26.
468. Menzies J, Magee LA, Macnab YC, Ansermino JM, Li J, Douglas MJ, et al. Current CHS and NHBPEP criteria for severe preeclampsia do not uniformly predict adverse maternal or perinatal outcomes. Hypertens Pregnancy. 2007;26(4):447-62. Epub 2007/12/11.
469. Thangaratinam S, Koopmans CM, Iyengar S, Zamora J, Ismail KM, Mol BW, et al. Accuracy of liver function tests for predicting adverse maternal and fetal outcomes in women with preeclampsia: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(6):574-85. Epub 2011/03/02.
470. Elhassan EM, Mirghani OA, Habour AB, Adam I. Methyldopa versus no drug treatment in the management of mild pre-eclampsia. East Afr Med J. 2002;79(4):172-5. Epub 2003/03/11.
471. Montan S, Anandakumar C, Arulkumaran S, Ingemarsson I, Ratnam S. Randomised controlled trial of methyldopa and isradipine in preeclampsia--effects on uteroplacental and fetal hemodynamics. J Perinat Med. 1996;24(2):177-84. Epub 1996/01/01.
472. Sibai BM, Gonzalez AR, Mabie WC, Moretti M. A comparison of labetalol plus hospitalization versus hospitalization alone in the management of preeclampsia remote from term. Obstet Gynecol. 1987;70(3 Pt 1):323-7. Epub 1987/09/01.
473. Sibai BM, Barton JR, Akl S, Sarinoglu C, Mercer BM. A randomized prospective comparison of nifedipine and bed rest versus bed rest alone in the management of preeclampsia remote from term. Am J Obstet Gynecol. 1992;167(4 Pt 1):879-84. Epub 1992/10/01.
474. Jabeen M, Yakoob MY, Imdad A, Bhutta ZA. Impact of interventions to prevent and manage preeclampsia and eclampsia on stillbirths. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 3:S6. Epub 2011/04/29.
475. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ, Chou D. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2010(11):CD000025. Epub 2010/11/12.
476. Duley L, Matar HE, Almerie MQ, Hall DR. Alternative magnesium sulphate regimens for women with pre-eclampsia and eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2010(8):CD007388. Epub 2010/08/06.
477. Sibai BM, Mercer BM, Schiff E, Friedman SA. Aggressive versus expectant management of severe preeclampsia at 28 to 32 weeks' gestation: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 1994;171(3):818-22. Epub 1994/09/01.
478. Odendaal HJ, Pattinson RC, Bam R, Grove D, Kotze TJ. Aggressive or expectant management for patients with severe preeclampsia between 28-34 weeks' gestation: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 1990;76(6):1070-5. Epub 1990/12/01.
479. GRIT Study Group. A randomised trial of timed delivery for the compromised preterm fetus: short term outcomes and Bayesian interpretation. BJOG. 2003;110(1):27-32. Epub 2002/12/31.
480. Thornton JG, Hornbuckle J, Vail A, Spiegelhalter DJ, Levene M. Infant wellbeing at 2 years of age in the Growth Restriction Intervention Trial (GRIT): multicentred randomised controlled trial. Lancet. 2004;364(9433):513-20. Epub 2004/08/11.

481. van Pampus MG, Wolf H, Westenberg SM, van der Post JA, Bonsel GJ, Treffers PE. Maternal and perinatal outcome after expectant management of the HELLP syndrome compared with pre-eclampsia without HELLP syndrome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998;76(1):31-6. Epub 1998/03/03.
482. Cooper WO, Hernandez-Diaz S, Arbogast PG, Dudley JA, Dyer S, Gideon PS, et al. Major congenital malformations after first-trimester exposure to ACE inhibitors. N Engl J Med. 2006;354(23):2443-51. Epub 2006/06/09.
483. Tabacova S, Little R, Tsong Y, Vega A, Kimmel CA. Adverse pregnancy outcomes associated with maternal enalapril antihypertensive treatment. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2003;12(8):633-46. Epub 2004/02/07.
484. Piper JM, Ray WA, Rosa FW. Pregnancy outcome following exposure to angiotensin-converting enzyme inhibitors. Obstet Gynecol. 1992;80(3 Pt 1):429-32. Epub 1992/09/01.
485. Lip GY, Churchill D, Beevers M, Auckett A, Beevers DG. Angiotensin-converting-enzyme inhibitors in early pregnancy. Lancet. 1997;350(9089):1446-7. Epub 1997/11/26.
486. Velazquez-Armenta EY, Han JY, Choi JS, Yang KM, Nava-Ocampo AA. Angiotensin II receptor blockers in pregnancy: a case report and systematic review of the literature. Hypertens Pregnancy. 2007;26(1):51-66. Epub 2007/04/25.
487. Sibai BM, Mabie WC, Shamsa F, Villar MA, Anderson GD. A comparison of no medication versus methyldopa or labetalol in chronic hypertension during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1990;162(4):960-6; discussion 6-7. Epub 1990/04/01.
488. Weitz C, Khouzami V, Maxwell K, Johnson JW. Treatment of hypertension in pregnancy with methyldopa: a randomized double blind study. Int J Gynaecol Obstet. 1987;25(1):35-40. Epub 1987/02/01.
489. Butters L, Kennedy S, Rubin PC. Atenolol in essential hypertension during pregnancy. BMJ. 1990;301(6752):587-9. Epub 1990/09/22.
490. Sibai BM, Grossman RA, Grossman HG. Effects of diuretics on plasma volume in pregnancies with long-term hypertension. Am J Obstet Gynecol. 1984;150(7):831-5. Epub 1984/12/01.
491. El Guindy AA, Nabhan AF. A randomized trial of tight vs. less tight control of mild essential and gestational hypertension in pregnancy. J Perinat Med. 2008;36(5):413-8. Epub 2008/07/09.
492. Magee LA, von Dadelszen P, Chan S, Gafni A, Gruslin A, Helewa M, et al. The Control of Hypertension In Pregnancy Study pilot trial. BJOG. 2007;114(6):770, e13-20. Epub 2007/05/23.
493. von Dadelszen P, Ornstein MP, Bull SB, Logan AG, Koren G, Magee LA. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2000;355(9198):87-92. Epub 2000/02/16.
494. Nabhan AF, Elsedawy MM. Tight control of mild-moderate pre-existing or non-proteinuric gestational hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2011(7):CD006907. Epub 2011/07/08.
495. Paternoster DM, Stella A, Mussap M, Plebani M, Gambaro G, Grella PV. Predictive markers of pre-eclampsia in hypertensive disorders of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 1999;66(3):237-43. Epub 1999/12/02.
496. Calvert SM, Tuffnell DJ, Haley J. Poor predictive value of platelet count, mean platelet volume and serum urate in hypertension in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996;64(2):179-84. Epub 1996/02/01.
497. Anumba DO, Lincoln K, Robson SC. Predictive value of clinical and laboratory indices at first assessment in women referred with suspected gestational hypertension. Hypertens Pregnancy. 2010;29(2):163-79. Epub 2010/04/07.

498. Cruickshank DJ, Robertson AA, Campbell DM, MacGillivray I. Does labetalol influence the development of proteinuria in pregnancy hypertension? A randomised controlled study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1992;45(1):47-51. Epub 1992/06/16.
499. Pickles CJ, Broughton Pipkin F, Symonds EM. A randomised placebo controlled trial of labetalol in the treatment of mild to moderate pregnancy induced hypertension. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99(12):964-8. Epub 1992/12/01.
500. Pickles CJ, Symonds EM, Broughton Pipkin F. The fetal outcome in a randomized double-blind controlled trial of labetalol versus placebo in pregnancy-induced hypertension. Br J Obstet Gynaecol. 1989;96(1):38-43. Epub 1989/01/01.
501. Rubin PC, Butters L, Clark DM, Reynolds B, Sumner DJ, Steedman D, et al. Placebo-controlled trial of atenolol in treatment of pregnancy-associated hypertension. Lancet. 1983;1(8322):431-4. Epub 1983/02/26.
502. Plouin PF, Breart G, Llado J, Dalle M, Keller ME, Goujon H, et al. A randomized comparison of early with conservative use of antihypertensive drugs in the management of pregnancy-induced hypertension. Br J Obstet Gynaecol. 1990;97(2):134-41. Epub 1990/02/01.
503. el-Qarmalawi AM, Morsy AH, al-Fadly A, Obeid A, Hashem M. Labetalol vs. methyldopa in the treatment of pregnancy-induced hypertension. Int J Gynaecol Obstet. 1995;49(2):125-30. Epub 1995/05/01.
504. Bharathi KN, Prasad KVSRG, Jagannath P, Nalini KS. A comparison of nifedipine with methyldopa for control of blood pressure in mild to moderate pregnancy induced hypertension. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2010;4(3):2406-9.
505. Magpie Trial Follow-Up Study Collaborative Group. The Magpie Trial: a randomised trial comparing magnesium sulphate with placebo for pre-eclampsia. Outcome for women at 2 years. BJOG. 2007;114(3):300-9. Epub 2006/12/15.
506. Magpie Trial Follow-Up Study Collaborative Group. The Magpie Trial: a randomised trial comparing magnesium sulphate with placebo for pre-eclampsia. Outcome for children at 18 months. BJOG. 2007;114(3):289-99. Epub 2006/12/15.
507. Duley L, Henderson-Smart DJ, Walker GJ, Chou D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2010(12):CD000127. Epub 2010/12/15.
508. Duley L, Henderson-Smart DJ, Chou D. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2010(10):CD000128. Epub 2010/10/12.
509. Duley L, Gulmezoglu AM, Chou D. Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2010(9):CD002960. Epub 2010/09/09.
510. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):CD001449. Epub 2006/07/21.
511. Magee LA, Cham C, Waterman EJ, Ohlsson A, von Dadelszen P. Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis. BMJ. 2003;327(7421):955-60. Epub 2003/10/25.
512. Vigil-De Gracia P, Lasso M, Ruiz E, Vega-Malek JC, de Mena FT, Lopez JC. Severe hypertension in pregnancy: hydralazine or labetalol. A randomized clinical trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006;128(1-2):157-62. Epub 2006/04/20.
513. Vermillion ST, Scardo JA, Newman RB, Chauhan SP. A randomized, double-blind trial of oral nifedipine and intravenous labetalol in hypertensive emergencies of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1999;181(4):858-61. Epub 1999/10/16.
514. Hennessy A, Thornton CE, Makris A, Ogle RF, Henderson-Smart DJ, Gillin AG, et al. A randomised comparison of hydralazine and mini-bolus diazoxide for hypertensive emergencies in pregnancy: the PIVOT trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007;47(4):279-85. Epub 2007/07/14.

515. Manzur-Verastegui S, Mandeville PB, Gordillo-Moscoso A, Hernandez-Sierra JF, Rodriguez-Martinez M. Efficacy of nitroglycerine infusion versus sublingual nifedipine in severe pre-eclampsia: a randomized, triple-blind, controlled trial. Clin Exp Pharmacol Physiol. 2008;35(5-6):580-5. Epub 2007/12/12.
516. Raheem IA, Saaid R, Omar SZ, Tan PC. Oral nifedipine versus intravenous labetalol for acute blood pressure control in hypertensive emergencies of pregnancy: a randomised trial. BJOG. 2011;119(1):78-85. Epub 2011/10/12.
517. Rep A, Ganzevoort W, Van Wassenaer AG, Bonsel GJ, Wolf H, De Vries JI. One-year infant outcome in women with early-onset hypertensive disorders of pregnancy. BJOG. 2008;115(2):290-8. Epub 2007/11/01.
518. Visser W, van Pampus MG, Treffers PE, Wallenburg HC. Perinatal results of hemodynamic and conservative temporizing treatment in severe pre-eclampsia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1994;53(3):175-81. Epub 1994/03/15.
519. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):CD004454. Epub 2006/07/21.
520. Tukur J, Umar NI, Khan N, Musa D. Comparison of emergency caesarean section to misoprostol induction for the delivery of antepartum eclamptic patients: a pilot study. Niger J Med. 2007;16(4):364-7. Epub 2007/12/18.
521. Alexander JM, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. Severe preeclampsia and the very low birth weight infant: is induction of labor harmful? Obstet Gynecol. 1999;93(4):485-8. Epub 1999/04/24.
522. Nassar AH, Adra AM, Chakhtoura N, Gomez-Marin O, Beydoun S. Severe preeclampsia remote from term: labor induction or elective cesarean delivery? Am J Obstet Gynecol. 1998;179(5):1210-3. Epub 1998/11/20.
523. Matchaba PT, Moodley J. WITHDRAWN: Corticosteroids for HELLP syndrome in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2009(3):CD002076. Epub 2009/07/10.
524. Fonseca JE, Mendez F, Catano C, Arias F. Dexamethasone treatment does not improve the outcome of women with HELLP syndrome: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(5):1591-8. Epub 2005/11/02.
525. Isler CM, Magann EF, Rinehart BK, Terrone DA, Bass JD, Martin JN, Jr. Dexamethasone compared with betamethasone for glucocorticoid treatment of postpartum HELLP syndrome. Int J Gynaecol Obstet. 2003;80(3):291-7. Epub 2003/03/12.
526. Woudstra DM, Chandra S, Hofmeyr GJ, Dowswell T. Corticosteroids for HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) syndrome in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2010(9):CD008148. Epub 2010/09/09.
527. Pattinson RC, Norman K, Odendaal HJ. The role of Doppler velocimetry in the management of high risk pregnancies. Br J Obstet Gynaecol. 1994;101(2):114-20. Epub 1994/02/01.
528. Pattison N, McCowan L. WITHDRAWN. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. Cochrane Database Syst Rev. 2010(1):CD001068. Epub 2010/01/22.
529. Lalor JG, Fawole B, Alfirevic Z, Devane D. Biophysical profile for fetal assessment in high risk pregnancies. Cochrane Database Syst Rev. 2008(1):CD000038. Epub 2008/02/07.
530. DeFranco E AK, Heyl PS. Preterm Labor, Premature Rupture of

Membranes, and Cervical Insufficiency. En: Evans, AT Manual of Obstetrics 7a

ed Lippincott Williams & Wilkins. 2007:141-5.

531. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol. 2003;101(1):178-93. Epub 2003/01/09.
532. Amaya J GM. Ruptura prematura de membranas. In: Parra M, Angel E, editores Obstetricia Integral Siglo XXI Bogota: Universidad Nacional de Colombia. 2011:122-46.
533. Canavan TP, Simhan HN, Caritis S. An evidence-based approach to the evaluation and treatment of premature rupture of membranes: Part I. Obstet Gynecol Surv. 2004;59(9):669-77. Epub 2004/08/27.
534. Santolaya-Forgas J RR, Espinoza J, Erez O, Friel LA , Kusanovic JP,, al. B-SRe. Prelabor Rupture of the Membranes. in Clinical Obstetrics:

The Fetus & Mother 3a ed Blackwell Publishing. 2007:1130-88.
535. Lieman JM, Brumfield CG, Carlo W, Ramsey PS. Preterm premature rupture of membranes: is there an optimal gestational age for delivery? Obstet Gynecol. 2005;105(1):12-7. Epub 2004/12/31.
536. Friedman ML, McElin TW. Diagnosis of ruptured fetal membranes. Clinical study and review of the literature. Am J Obstet Gynecol. 1969;104(4):544-50. Epub 1969/06/15.
537. Lewis DF, Major CA, Towers CV, Asrat T, Harding JA, Garite TJ. Effects of digital vaginal examinations on latency period in preterm premature rupture of membranes. Obstet Gynecol. 1992;80(4):630-4. Epub 1992/10/01.
538. El-Messidi A, Cameron A. Diagnosis of premature rupture of membranes: inspiration from the past and insights for the future. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32(6):561-9. Epub 2010/06/24.
539. Mulhair L, Carter J, Poston L, Seed P, Briley A. Prospective cohort study investigating the reliability of the AmnioSense method for detection of spontaneous rupture of membranes. BJOG. 2009;116(2):313-8. Epub 2008/07/26.
540. van der Ham DP, van Melick MJ, Smits L, Nijhuis JG, Weiner CP, van Beek JH, et al. Methods for the diagnosis of rupture of the fetal membranes in equivocal cases: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011;157(2):123-7. Epub 2011/04/13.
541. Carroll SG, Papaioannou S, Ntumazah IL, Philpott-Howard J, Nicolaides KH. Lower genital tract swabs in the prediction of intrauterine infection in preterm prelabour rupture of the membranes. Br J Obstet Gynaecol. 1996;103(1):54-9. Epub 1996/01/01.
542. Yucel N, Yucel O, Yekeler H. The relationship between umbilical artery Doppler findings, fetal biophysical score and placental inflammation in cases of premature rupture of membranes. Acta Obstet Gynecol Scand. 1997;76(6):532-5. Epub 1997/07/01.
543. Vintzileos AM, Campbell WA, Nochimson DJ, Weinbaum PJ, Mirochnick MH, Escoto DT. Fetal biophysical profile versus amniocentesis in predicting infection in preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol. 1986;68(4):488-94. Epub 1986/10/01.
544. Goldstein I, Romero R, Merrill S, Wan M, O'Connor TZ, Mazor M, et al. Fetal body and breathing movements as predictors of intraamniotic infection in preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 1988;159(2):363-8. Epub 1988/08/01.
545. Roussis P, Rosemond RL, Glass C, Boehm FH. Preterm premature rupture of membranes: detection of infection. Am J Obstet Gynecol. 1991;165(4 Pt 1):1099-104. Epub 1991/10/01.
546. Carroll SG, Papaioannou S, Nicolaides KH. Assessment of fetal activity and amniotic fluid volume in the prediction of intrauterine infection in preterm prelabor amniorrhexis. Am J Obstet Gynecol. 1995;172(5):1427-35. Epub 1995/05/01.
547. Carroll SG, Papaioannou S, Nicolaides KH. Doppler studies of the placental and fetal circulation in pregnancies with preterm prelabor amniorrhexis. Ultrasound Obstet Gynecol. 1995;5(3):184-8. Epub 1995/03/01.

548. Ismail MA, Zinaman MJ, Lowensohn RI, Moawad AH. The significance of C-reactive protein levels in women with premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 1985;151(4):541-4. Epub 1985/02/15.
549. Ferguson MG, Rhodes PG, Morrison JC, Puckett CM. Clinical amniotic fluid infection and its effect on the neonate. Am J Obstet Gynecol. 1985;151(8):1058-61. Epub 1985/04/15.
550. van de Laar R, van der Ham DP, Oei SG, Willekes C, Weiner CP, Mol BW. Accuracy of C-reactive protein determination in predicting chorioamnionitis and neonatal infection in pregnant women with premature rupture of membranes: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;147(2):124-9. Epub 2009/10/13.
551. Popowski T, Goffinet F, Maillard F, Schmitz T, Leroy S, Kayem G. Maternal markers for detecting early-onset neonatal infection and chorioamnionitis in cases of premature rupture of membranes at or after 34 weeks of gestation: a two-center prospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11:26. Epub 2011/04/08.
552. Wiwanitkit V. Maternal C-reactive protein for detection of chorioamnionitis: an appraisal. Infect Dis Obstet Gynecol. 2005;13(3):179-81. Epub 2005/08/30.
553. Trochez-Martinez RD, Smith P, Lamont RF. Use of C-reactive protein as a predictor of chorioamnionitis in preterm prelabour rupture of membranes: a systematic review. BJOG. 2007;114(7):796-801. Epub 2007/06/15.
554. Carroll SG, Ville Y, Greenough A, Gamsu H, Patel B, Philpott-Howard J, et al. Preterm prelabour amniorrhexis: intrauterine infection and interval between membrane rupture and delivery. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1995;72(1):F43-6. Epub 1995/01/01.
555. Jacobsson B, Holst RM, Mattsby-Baltzer I, Nikolaitchouk N, Wennerholm UB, Hagberg H. Interleukin-18 in cervical mucus and amniotic fluid: relationship to microbial invasion of the amniotic fluid, intra-amniotic inflammation and preterm delivery. BJOG. 2003;110(6):598-603. Epub 2003/06/12.
556. Cotton DB, Gonik B, Bottoms SF. Conservative versus aggressive management of preterm rupture of membranes. A randomized trial of amniocentesis. Am J Perinatol. 1984;1(4):322-4. Epub 1984/07/01.
557. Porreco RP, Heyborne KD, Shapiro H. Amniocentesis in the management of preterm premature rupture of the membranes: a retrospective cohort analysis. J Matern Fetal Neonatal Med. 2008;21(8):573-9. Epub 2008/07/09.
558. Di Naro E GF, Raio L, Romano F, Mueller M, Mcdougall J, Cicinelli E. . C-reactive protein in vaginal fluid of patients with preterm premature rupture of membranes. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003;82:1072–9.
559. Trochez-Martinez R SP, Lamont R. . Use of C-reactive protein as a predictor of chorioamnionitis in preterm prelabour rupture of membranes: a systematic review. BJOG 2007;114:796–801.
560. Van de Laar R VdHD, Guid Oei b, Willekes C, Weiner P, Mol B. Accuracy of C-reactive protein determination in predicting chorioamnionitis and neonatal infection in pregnant women with premature rupture of membranes: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;147(2):124-9.
561. Pettker M BI, Magloire L, Sfakianaki A, Hamar B, and Buhimschi, C. Value of Placental Microbial Evaluation in Diagnosing Intra-amniotic Infection. Obstet Gynecol. 2007;109:739–49.
562. Kim KW, Romero R, Park HS, Park CW, Shim SS, Jun JK, et al. A rapid matrix metalloproteinase-8 bedside test for the detection of intraamniotic inflammation in women with preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(3):292 e1-5. Epub 2007/09/11.

563. Harding JE, Pang J, Knight DB, Liggins GC. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes? Am J Obstet Gynecol. 2001;184(2):131-9. Epub 2001/02/15.
564. Been JV, Degraeuwe PL, Kramer BW, Zimmermann LJ. Antenatal steroids and neonatal outcome after chorioamnionitis: a meta-analysis. BJOG. 2011;118(2):113-22. Epub 2010/11/09.
565. Vermillion ST, Bland ML, Soper DE. Effectiveness of a rescue dose of antenatal betamethasone after an initial single course. Am J Obstet Gynecol. 2001;185(5):1086-9. Epub 2001/11/22.
566. Crowther CA, McKinlay CJ, Middleton P, Harding JE. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2011(6):CD003935. Epub 2011/06/17.
567. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane. 2010(10).
568. Yudin MH, van Schalkwyk J, Van Eyk N, Boucher M, Castillo E, Cormier B, et al. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(9):863-7, 8-74. Epub 2009/11/28.
569. Flenady V, King JF. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. Cochrane. 2011(2).
570. Shrivastava V, Ehsanipoor R, Lee RM, Chan K, Gaylean A, Garite T, et al. 165: Randomized double-blinded trial of indomethacin tocolysis versus expectant management in patients with premature rupture of membranes at 24-32 weeks of gestation. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008;199(6):S59.
571. (RCOG) RCoOaG. Preterm prelabour rupture of membranes. 2006;Guideline; no. 44(Nov. 11). Epub London (UK).
572. Hopkins L, Smaill F. Antibiotic regimens for management of intraamniotic infection. Cochrane Database Syst Rev. 2002(3):CD003254. Epub 2002/07/26.
573. Locksmith GJ, Chin A, Vu T, Shattuck KE, Hankins GD. High compared with standard gentamicin dosing for chorioamnionitis: a comparison of maternal and fetal serum drug levels. Obstet Gynecol. 2005;105(3):473-9. Epub 2005/03/02.
574. Lyell DJ, Pullen K, Fuh K, Zamah AM, Caughey AB, Benitz W, et al. Daily compared with 8-hour gentamicin for the treatment of intrapartum chorioamnionitis: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010;115(2 Pt 1):344-9. Epub 2010/01/23.
575. Fox NS, Saltzman DH, Roman AS, Klauser CK, Moshier E, Rebarber A. Intravaginal misoprostol versus Foley catheter for labour induction: a meta-analysis. BJOG. 2011;118(6):647-54. Epub 2011/02/22.
576. Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady VJ, Varatharaju B. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database Syst Rev. 2006(1):CD005302. Epub 2006/01/27.
577. Lin MG, Nuthalapaty FS, Carver AR, Case AS, Ramsey PS. Misoprostol for labor induction in women with term premature rupture of membranes: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2005;106(3):593-601. Epub 2005/09/02.
578. Alfirevic Z, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006(2):CD001338. Epub 2006/04/21.
579. Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. (10):CD000941. Epub 2010/10/12.
580. Hofmeyr GJ. Prophylactic versus therapeutic amnioinfusion for oligohydramnios in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010(2):CD000176.
581. Hofmeyr GJ. Amnioinfusion for umbilical cord compression in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2012(2):CD000013. Epub 2000/05/05.

582. Hofmeyr GJ. Amnioinfusion for preterm rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev. 2011(2):CD000942. Epub 2000/05/05.
583. Pristauz G BM, Maurer-Fellbaum U, Rotky-Fast C, Bader A, Haas J,Lang U. . Neonatal outcome and two-year follow-up after expectant management of second trimester rupture of membranes. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2008;101:264–8.
584. Manuck T EA, Esplin S, Stoddard G, Varner M, and Silver R. Outcomes of Expectantly Managed Preterm Premature Rupture of Membranes Occurring Before 24 Weeks of Gestation. Obstet Gynecol. 2009;114:29–37.
585. Johanzon M ÖH, Jacobsson B, Sandberg K, and Wennerholm U. . Onset of Delivery and Its Effect on Infant Survival and Morbidity. Obstet Gynecol. 2008;111:42–50.
586. Melamed N B-HA, Pardo J, Chen R, Hadar E, Hod M, Yogev Y. . Expectant management of preterm premature rupture of membranes: is it all about gestational age? Am J Obstet Gynecol. 2011;204:48.e1-8.
587. Borna S BH, khazardoost S and Hantoushzadeh S. . Perinatal outcome in preterm premature rupture of membranes with Amniotic fluid index < 5 (AFI < 5). BMC Pregnancy and Childbirth. 2004:4:15.
588. Kayem G B-DA, Goffinet F, Cabrol D, Haddad B. . Active versus expectant management for preterm prelabor rupture of membranes at 34-36 weeks of completed gestation: comparison of maternal and neonatal outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(6):776-81.
589. Lieman J BC, Carlo W, Ramsey P. Preterm Premature Rupture of Membranes: Is There an Optimal Gestational Age for Delivery? Obstet Gynecol. 2005;105:12–7.
590. Javaid MK HS, Tahira T. Management pre labour rupture of the membranes at term; induction of labor compared with expectant. Professional Medical Journal. 2008;15(2).
591. Kayem G, Bernier-Dupreelle A, Goffinet F, Cabrol D, Haddad B. Active versus expectant management for preterm prelabor rupture of membranes at 34-36 weeks of completed gestation: comparison of maternal and neonatal outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(6):776-81. Epub 2010/03/17.
592. Canavan TP, Simhan HN, Caritis S. An evidence-based approach to the evaluation and treatment of premature rupture of membranes: Part II. Obstet Gynecol Surv. 2004;59(9):678-89. Epub 2004/08/27.
593. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Grimes-Dennis J, Baxter JK, Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev. 2011(10):CD007062. Epub 2011/10/07.
594. Neerhof MG, Cravello C, Haney EI, Silver RK. Timing of labor induction after premature rupture of membranes between 32 and 36 weeks' gestation. Am J Obstet Gynecol. 1999;180(2 Pt 1):349-52. Epub 1999/02/13.
595. Buchanan SL, Crowther CA, Levett KM, Middleton P, Morris J. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane Database Syst Rev. 2010(3):CD004735. Epub 2010/03/20.
596. Gardner SE, Yow MD, Leeds LJ, Thompson PK, Mason EO, Jr., Clark DJ. Failure of penicillin to eradicate group B streptococcal colonization in the pregnant woman. A couple study. Am J Obstet Gynecol. 1979;135(8):1062-5. Epub 1979/12/15.
597. Wood EG, Dillon HC, Jr. A prospective study of group B streptococcal bacteriuria in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1981;140(5):515-20. Epub 1981/07/01.
598. Stoll BJ, Hansen N, Fanaroff AA, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, et al. Changes in pathogens causing early-onset sepsis in very-low-birth-weight infants. N Engl J Med. 2002;347(4):240-7. Epub 2002/07/26.

599. de Cueto M, Sanchez MJ, Sampedro A, Miranda JA, Herruzo AJ, Rosa-Fraile M. Timing of intrapartum ampicillin and prevention of vertical transmission of group B streptococcus. Obstet Gynecol. 1998;91(1):112-4. Epub 1998/02/17.
600. Lin FYC, Brenner RA, Johnson YR, Azimi PH, Philips Iii JB, Regan JA, et al. The effectiveness of risk-based intrapartum chemoprophylaxis for the prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2001;184(6):1204-10.
601. Ohlsson A, Shah VS. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. Cochrane Database Syst Rev. 2009(3):CD007467. Epub 2009/07/10.
602. Stade B, Shah V, Ohlsson A. Vaginal chlorhexidine during labour to prevent early-onset neonatal group B streptococcal infection. Cochrane Database Syst Rev. 2004(3):CD003520. Epub 2004/07/22.
603. Barber EL, Zhao G, Buhimschi IA, Illuzzi JL. Duration of intrapartum prophylaxis and concentration of penicillin G in fetal serum at delivery. Obstet Gynecol. 2008;112(2 Pt 1):265-70. Epub 2008/08/02.
604. Fiore Mitchell T, Pearlman MD, Chapman RL, Bhatt-Mehta V, Faix RG. Maternal and transplacental pharmacokinetics of cefazolin. Obstet Gynecol. 2001;98(6):1075-9. Epub 2002/01/05.
605. Laiprasert J, Klein K, Mueller BA, Pearlman MD. Transplacental passage of vancomycin in noninfected term pregnant women. Obstet Gynecol. 2007;109(5):1105-10. Epub 2007/05/02.
606. Muller AE, Mouton JW, Oostvogel PM, Dorr PJ, Voskuyl RA, DeJongh J, et al. Pharmacokinetics of clindamycin in pregnant women in the peripartum period. Antimicrob Agents Chemother. 2010;54(5):2175-81. Epub 2010/02/24.
607. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. Cochrane Database Syst Rev. 2009(1):CD004661. Epub 2009/01/23.
608. Fan CK, Su KE, Chung WC, Tsai YJ, Chiol HY, Lin CF, et al. [Seroepidemiology of Toxoplasma gondii infection among Atayal aborigines and local animals in Nan-ao district, Ilan county and Jen-ai district, Nan-tou county, Taiwan]. Kaohsiung J Med Sci. 1998;14(12):762-9. Epub 1999/01/15.
609. Weigel RM DJ, Dyer D, Siegel AM. Risk factors for infection with Toxoplasma gondii for residents and workers on swine farms in Illinois. Am J Trop Med Hygiene. 1999;60:793–8.
610. Jeannel D NG, Costagliola D, Danis M, Traore BM, Gentilini M. Epidemiology of toxoplasmosis among pregnant

women in the Paris area. Int J Epidemiol. 1988;17:595–602.
611. Afonso E TP, Gilot-Fromont E. . Local meteorological conditions, dynamics of seroconversion to Toxoplasma gondii in cats (Felis catus) and oocyst burden in a rural environment. . :. Epidemiol Infect. 2010;138:1105–13.
612. Jenum PA KG, Stray-Pedersen B, Melby KK, Eskild A. Eng J. Prevalence of Toxoplasma gondii specific immunoglobulin G antibodies among pregnant women in Norway. Epidemiol Infect. 1998;120:87–92.
613. Chatterton JM. Ho-Yen DO JA, editors. Human toxoplasmosis. Oxford: Oxford Medical Publications. 1992:144–83.
614. Robert-Gangneux F, Gangneux JP, Vu N, Jaillard S, Guiguen C, Amiot L. High level of soluble HLA-G in amniotic fluid is correlated with congenital transmission of Toxoplasma gondii. Clin Immunol. 2011;138(2):129-34. Epub 2010/12/28.
615. Gomez-Marin J. Toxoplasma gondii, Brazil. Emerg Infect Dis. 2007;13(3):512; author reply -3. Epub 2007/06/08.

616. Ljungstrom I GE, Nokes J, Linder E, Forsgren M. . Seroepidemiology of Toxoplasma gondii among pregnant women in different parts of Sweden. Eur J Epidemiol. 1995;11:149–56.
617. Jamieson SE, de Roubaix LA, Cortina-Borja M, Tan HK, Mui EJ, Cordell HJ, et al. Genetic and epigenetic factors at COL2A1 and ABCA4 influence clinical outcome in congenital toxoplasmosis. PLoS One. 2008;3(6):e2285. Epub 2008/06/05.
618. Simpore J SA, Ilboudo D, Nadambega MC, Esposito M, Yara J, et al. . Toxoplasma gondii, HCV, and HBV seroprevalence and co-infection among HIV-positive and -negative pregnant women in Burkina Faso. J Med Virol. 2006;78:730–3.
619. Elmore SA, Jones JL, Conrad PA, Patton S, Lindsay DS, Dubey JP. Toxoplasma gondii: epidemiology, feline clinical aspects, and prevention. Trends Parasitol. 2010;26(4):190-6. Epub 2010/03/06.
620. Alvarado-Esquivel C, Liesenfeld O, Herrera-Flores RG, Ramirez-Sanchez BE, Gonzalez-Herrera A, Martinez-Garcia SA, et al. Seroprevalence of Toxoplasma gondii antibodies in cats from Durango City, Mexico. J Parasitol. 2007;93(5):1214-6. Epub 2008/01/01.
621. Cavalcante GT, Aguiar DM, Chiebao D, Dubey JP, Ruiz VL, Dias RA, et al. Seroprevalence of Toxoplasma gondii antibodies in cats and pigs from rural Western Amazon, Brazil. J Parasitol. 2006;92(4):863-4. Epub 2006/09/26.
622. Samad MA DB, Chowdhury NS, Akhtar S, Khan MR. . Sero-epidemiological studies on Toxoplasma gondii infection in man and animals in Bangladesh. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1997;28(2):339-43.
623. Cook AJ, Gilbert RE, Buffolano W, Zufferey J, Petersen E, Jenum PA, et al. Sources of toxoplasma infection in pregnant women: European multicentre case-control study. European Research Network on Congenital Toxoplasmosis. BMJ. 2000;321(7254):142-7. Epub 2000/07/14.
624. Boyer K, Hill D, Mui E, Wroblewski K, Karrison T, Dubey JP, et al. Unrecognized ingestion of Toxoplasma gondii oocysts leads to congenital toxoplasmosis and causes epidemics in North America. Clin Infect Dis. 2011;53(11):1081-9. Epub 2011/10/25.
625. Lopez-Castillo CA, Diaz-Ramirez J, Gomez-Marin JE. [Risk factors for Toxoplasma gondii infection in pregnant women in Armenia, Colombia]. Rev Salud Publica (Bogota). 2005;7(2):180-90. Epub 2005/09/10. Factores de riesgo en mujeres embarazadas, infectadas por Toxoplasma gondii en Armenia- Colombia.
626. Lora F AH, Pérez JE; Arias LE, Idarraga SE, Mier D, Gómez Marín JE. . Detección de Toxoplasma gondii en carnes de consumo humano por la técnica de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) en tres ciudades del eje cafetero. Infectio. 2007;11:117-23.
627. Villena I, Aubert D, Gomis P, Ferte H, Inglard JC, Denis-Bisiaux H, et al. Evaluation of a strategy for Toxoplasma gondii oocyst detection in water. Appl Environ Microbiol. 2004;70(7):4035-9. Epub 2004/07/09.
628. Breugelmans M, Naessens A, Foulon W. Prevention of toxoplasmosis during pregnancy - An epidemiologic survey over 22 consecutive years. Journal of Perinatal Medicine. 2004;32(3):211-4.
629. Pawlowski ZS, M. Gromadecka-Sutkiewicz, et al. Impact of health education on knowledge and prevention behavior for congenital toxoplasmosis: the experience in Poznan, Poland. . Health Educ Res. 2001;16(4):493-502.
630. Carter AO, Gelmon SB, Wells GA, Toepell AP. The effectiveness of a prenatal education programme for the prevention of congenital toxoplasmosis. Epidemiol Infect. 1989;103(3):539-45. Epub 1989/12/01.
631. Nguyen Hoang Hanh D. Evolution des connaissances et des comportements au cours d'un programme d'éducation prénatale pour la prévention primaire de la toxoplasmose congénitale

chez les femmes enceintes séronégatives pour la toxoplasmose. Région de Lyon, 1994-95. . Bordeaux, Université Victor Segalen Bordeaux 2: 62. 2004.
632. R Thiébaut SDC, R Gilbert, G Chêne. T. Gondii Writing committee. Effect of the timing and type of prenatal treatment on clinical manifestations in children infected. SYROCOT Part II Unpublished. 2007.
633. Roberts A, Hedman K, Luyasu V, Zufferey J, Bessieres MH, Blatz RM, et al. Multicenter evaluation of strategies for serodiagnosis of primary infection with Toxoplasma gondii. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2001;20(7):467-74. Epub 2001/09/20.
634. Gilbert R, Dunn D, Wallon M, Hayde M, Prusa A, Lebech M, et al. Ecological comparison of the risks of mother-to-child transmission and clinical manifestations of congenital toxoplasmosis according to prenatal treatment protocol. Epidemiol Infect. 2001;127(1):113-20. Epub 2001/09/20.
635. Nieto AJ GJ. Evaluación basada en la evidencia de la medición de anticuerpos IgG en la toxoplasmosis materna. Rev U Quindío. 2004;10:23-32.
636. Foulon W, Pinon JM, Stray-Pedersen B, Pollak A, Lappalainen M, Decoster A, et al. Prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis: a multicenter evaluation of different diagnostic parameters. Am J Obstet Gynecol. 1999;181(4):843-7. Epub 1999/10/16.
637. Dupouy-Camet J, M. E. Bougnoux, et al. Comparative value of polymerase chain reaction and conventional biological tests for the prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis. Ann Biol Clin (Paris). 1992;50(5):315-9.
638. Fricker-Hidalgo H, Pelloux H, Muet F, Racinet C, Bost M, Goullier-Fleuret A, et al. Prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis: comparative value of fetal blood and amniotic fluid using serological techniques and cultures. Prenat Diagn. 1997;17(9):831-5. Epub 1997/10/08 22:25.
639. Robert-Gangneux F, Gavinet MF, Ancelle T, Raymond J, Tourte-Schaefer C, Dupouy-Camet J. Value of prenatal diagnosis and early postnatal diagnosis of congenital toxoplasmosis: retrospective study of 110 cases. J Clin Microbiol. 1999;37(9):2893-8. Epub 1999/08/17.
640. Romand S, Wallon M, Franck J, Thulliez P, Peyron F, Dumon H. Prenatal diagnosis using polymerase chain reaction on amniotic fluid for congenital toxoplasmosis. Obstet Gynecol. 2001;97(2):296-300. Epub 2001/02/13.
641. Thalib L, Gras L, Romand S, Prusa A, Bessieres MH, Petersen E, et al. Prediction of congenital toxoplasmosis by polymerase chain reaction analysis of amniotic fluid. BJOG. 2005;112(5):567-74. Epub 2005/04/22.
642. Briker L, J. Garcia, et al. . "Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of clinical Effectivness, cost-effectivness and women's views." Health Technol Assess. 2000;4(16):205.
643. Berrebi A, Kobuch WE, Bessieres MH, Bloom MC, Rolland M, Sarramon MF, et al. Termination of pregnancy for maternal toxoplasmosis. Lancet. 1994;344(8914):36-9. Epub 1994/07/02.
644. Pratlong F, Boulot P, Villena I, Issert E, Tamby I, Cazenave J, et al. Antenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis: evaluation of the biological parameters in a cohort of 286 patients. Br J Obstet Gynaecol. 1996;103(6):552-7. Epub 1996/06/01.
645. Pinon JM, Dumon H, Chemla C, Franck J, Petersen E, Lebech M, et al. Strategy for diagnosis of congenital toxoplasmosis: evaluation of methods comparing mothers and newborns and standard methods for postnatal detection of immunoglobulin G, M, and A antibodies. J Clin Microbiol. 2001;39(6):2267-71. Epub 2001/05/29.
646. Tissot Dupont D, Fricker-Hidalgo H, Brenier-Pinchart MP, Bost-Bru C, Ambroise-Thomas P, Pelloux H. Usefulness of Western blot in serological follow-up of newborns suspected of congenital toxoplasmosis. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2003;22(2):122-5. Epub 2003/03/11.

647. Naessens A, Jenum PA, Pollak A, Decoster A, Lappalainen M, Villena I, et al. Diagnosis of congenital toxoplasmosis in the neonatal period: A multicenter evaluation. J Pediatr. 1999;135(6):714-9. Epub 1999/12/10.
648. Wallon M, Dunn D, Slimani D, Girault V, Gay-Andrieu F, Peyron F. Diagnosis of congenital toxoplasmosis at birth: what is the value of testing for IgM and IgA? Eur J Pediatr. 1999;158(8):645-9. Epub 1999/08/13.
649. Rilling V, Dietz K, Krczal D, Knotek F, Enders G. Evaluation of a commercial IgG/IgM Western blot assay for early postnatal diagnosis of congenital toxoplasmosis. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2003;22(3):174-80. Epub 2003/03/22.
650. Pinon JM, Chemla C, Villena I, Foudrinier F, Aubert D, Puygauthier-Toubas D, et al. Early neonatal diagnosis of congenital toxoplasmosis: value of comparative enzyme-linked immunofiltration assay immunological profiles and anti-Toxoplasma gondii immunoglobulin M (IgM) or IgA immunocapture and implications for postnatal therapeutic strategies. J Clin Microbiol. 1996;34(3):579-83. Epub 1996/03/01.
651. Chumpitazi BF, Boussaid A, Pelloux H, Racinet C, Bost M, Goullier-Fleuret A. Diagnosis of congenital toxoplasmosis by immunoblotting and relationship with other methods. J Clin Microbiol. 1995;33(6):1479-85. Epub 1995/06/01.
652. Bessieres MH, Berrebi A, Rolland M, Bloom MC, Roques C, Cassaing S, et al. Neonatal screening for congenital toxoplasmosis in a cohort of 165 women infected during pregnancy and influence of in utero treatment on the results of neonatal tests. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001;94(1):37-45. Epub 2001/01/03.
653. Gallego-Marin C, Henao AC, Gomez-Marin JE. Clinical validation of a western blot assay for congenital toxoplasmosis and newborn screening in a hospital in Armenia (Quindio) Colombia. J Trop Pediatr. 2006;52(2):107-12. Epub 2005/07/15.
654. Fricker-Hidalgo H, Brenier-Pinchart MP, Schaal JP, Equy V, Bost-Bru C, Pelloux H. Value of Toxoplasma gondii detection in one hundred thirty-three placentas for the diagnosis of congenital toxoplasmosis. Pediatr Infect Dis J. 2007;26(9):845-6. Epub 2007/08/28.
655. Vasconcelos-Santos DV MAD, Campos WR, Oréfice F, Queiroz-Andrade GM, Carellos EV, Castro Romanelli RM, Januário JN, Resende LM, Martins-Filho OA, de Aguiar Vasconcelos Carneiro AC, Almeida Vitor RW, Caiaffa WT. Congenital Toxoplasmosis Brazilian Group. Congenital toxoplasmosis in southeastern Brazil: results of early ophthalmologic examination of a large cohort of neonates. Ophthalmology. 2009;116(11):2199-205.
656. Lago EG BM, Hoefel Filho JR, Santiago D, Jungblut R. Agreement between ultrasonography and computed tomography in detecting intracranial calcifications in congenital toxoplasmosis. Clin Radiol. 2007;62(10):1004-11.
657. Faucher B G-MP, Franck J, Minodier P, Francois P, Gonnet S, L'ollivier C, Piarroux R. Long-term ocular outcome in congenital toxoplasmosis: a prospective cohort of treated children. J Infect. 2012;64(1):104-9.
658. Berrebi A, Assouline C, Bessieres MH, Lathiere M, Cassaing S, Minville V, et al. Long-term outcome of children with congenital toxoplasmosis. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(6):552 e1-6. Epub 2010/07/17.
659. Corvaisier S CB, Mounier C, Wallon M, Leboucher G, Al Kurdi M, Chaulet JF, Peyron F. Population pharmacokinetics of pyrimethamine and sulfadoxine in children treated for congenital toxoplasmosis. Antimicrob Agents Chemother. 2004;48(10):3794-800.
660. Trenque T SN, Villena I, Chemla C, Quereux C, Leroux B, Jaussaud R, Rémy G, Dupouy D, Millart H, Pinon JM, Urien S. . Population pharmacokinetics of pyrimethamine and sulfadoxine in children with congenital toxoplasmosis. Br J Clin Pharmacol. 2004;57(6):735-41.

661. Umenai T, Wagner M, Page LA, Faundes A, Rattner D, Dias MA, et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. Int J Gynaecol Obstet. 2001;75 Suppl 1:S3-4. Epub 2001/12/18.
662. Page L. The humanization of birth. Int J Gynaecol Obstet. 2001;75 Suppl 1:S55-8. Epub 2001/12/18.
663. Uranga A. Guía para la atención del Parto Normal en maternidades centradas en la familia. Argentina: Ministerio de salud de la Nacion Argentina; 2004.
664. MPS. Guía de atención del parto. In: Ministerio de la Protección Social IdSP, Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia., editor. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá Colombia: Editorial Scripto Ltda; 2007.
665. NICE, NCWCH. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth: RCOG Press; 2007.
666. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Obstet Gynecol. 2005;105(1):77-9. Epub 2004/12/31.
667. GPC. Guía de práctica clínica sobre la atención del parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. 1.ª, octubre 2010 ed: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz.; 2010.
668. [ICSI]. Management of labor. [Institute for Clinical Systems Improvement]. info@guidelinesgov (NGC). 2011.
669. Bix E, Reiner LM, Klovning A, Oian P. Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. BJOG. 2005;112(12):1595-604. Epub 2005/11/25.
670. Khunpradit S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Admission tests other than cardiotocography for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(6).
671. Chauhan SP, Washburne JF, Magann EF, Perry KG, Jr., Martin JN, Jr., Morrison JC. A randomized study to assess the efficacy of the amniotic fluid index as a fetal admission test. Obstet Gynecol. 1995;86(1):9-13. Epub 1995/07/01.
672. Reveiz L, Gaitán H, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(4).
673. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000(4).
674. Gross MM, Drobnic S, Keirse MJ. Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor. Birth. 2005;32(1):27-33. Epub 2005/02/24.
675. Kilpatrick SJ, Laros RK, Jr. Characteristics of normal labor. Obstet Gynecol. 1989;74(1):85-7. Epub 1989/07/01.
676. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. Obstet Gynecol. 1996;87(3):355-9. Epub 1996/03/01.
677. Lavender T, Hart A, Walkinshaw S, Campbell E, Alfirevic Z. Progress of first stage of labour for multiparous women: an observational study. BJOG. 2005;112(12):1663-5. Epub 2005/11/25.
678. Albers LL. The duration of labor in healthy women. J Perinatol. 1999;19(2):114-9. Epub 2000/01/22.
679. Sprague AE, Oppenheimer L, McCabe L, Brownlee J, Graham ID, Davies B. The Ottawa Hospital's Clinical Practice Guideline for the Second Stage of Labour. J Obstet Gynaecol Can. 2006;28(9):769-79. Epub 2006/10/07.

680. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010;116(6):1281-7. Epub 2010/11/26.
681. Neal JL, Lowe NK, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. What is the slowest-yet-normal cervical dilation rate among nulliparous women with spontaneous labor onset? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2010;39(4):361-9. Epub 2010/07/16.
682. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(2).
683. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD006066. Epub 2006/07/21.
684. Mahomed K, Nyoni R, Mulambo T, Kasule J, Jacobus E. Randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. BMJ. 1994;308(6927):497-500. Epub 1994/02/19.
685. Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. Br J Obstet Gynaecol. 1994;101(8):663-8. Epub 1994/08/01.
686. Weber T. Cardiotocography supplemented with continuous fetal pH monitoring during labor. Effect on rate of obstetrical interventions and neonatal condition. Acta Obstet Gynecol Scand. 1982;61(4):351-5. Epub 1982/01/01.
687. Skupski DW, Eglinton GS. Intrapartum fetal stimulation tests: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2002;100(4):830. Epub 2002/10/18.
688. Su LL, Chong YS, Biswas A. Use of fetal electrocardiogram for intrapartum monitoring. Ann Acad Med Singapore. 2007;36(6):416-20. Epub 2007/06/29.
689. East Christine E, Begg L, Colditz Paul B. Fetal pulse oximetry for fetal assessment in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(2).
690. Neilson J. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006(3).
691. East Christine E, Leader Leo R, Sheehan P, Henshall Naomi E, Colditz Paul B. Intrapartum fetal scalp lactate sampling for fetal assessment in the presence of a non-reassuring fetal heart rate trace. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(3).
692. Pareja MV, Prieto AP, Badillo MPC, Herrezuelo IP, Ventoso FM. Comparison of the effectiveness of fetal pulse oximetry and fetal electrocardiogram in intrapartum risk of loss of fetal well-being. Progresos de Obstetricia y Ginecologia. 2010(4):141-7.
693. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2003(3):CD003766. Epub 2003/08/15.
694. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):CD003766. Epub 2007/07/20.
695. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(2).
696. ASA. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Anesthesiology. 2007;106(4):843-63. Epub 2007/04/07.
697. Singata M, Tranmer J, Gyte Gillian ML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(1).
698. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. BMJ. 2009;338:b784. Epub 2009/03/26.
699. Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, O'Sullivan G. An evaluation of isotonic "sport drinks" during labor. Anesth Analg. 2002;94(2):404-8, table of contents. Epub 2002/01/29.

700. Toohill J, Soong B, Flenady V. Interventions for ketosis during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008(3).
701. Coco A, Derksen-Schrock A, Coco K, Raff T, Horst M, Hussar E. A randomized trial of increased intravenous hydration in labor when oral fluid is unrestricted. Fam Med. 2010;42(1):52-6. Epub 2010/01/12.
702. WHO. Care in Normal Birth: World Health Organization; 1996.
703. Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE, et al. International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. Am J Obstet Gynecol. 1997;177(5):1024-9. Epub 1997/12/16.
704. Hannah ME, Hodnett ED, Willan A, Foster GA, Di Cecco R, Helewa M. Prelabor rupture of the membranes at term: expectant management at home or in hospital? The TermPROM Study Group. Obstet Gynecol. 2000;96(4):533-8. Epub 2000/09/27.
705. Ezra Y, Michaelson-Cohen R, Abramov Y, Rojansky N. Prelabor rupture of the membranes at term: when to induce labor? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;115(1):23-7. Epub 2004/06/30.
706. Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE, et al. International multicenter term PROM study: evaluation of predictors of neonatal infection in infants born to patients with premature rupture of membranes at term. Premature Rupture of the Membranes. Am J Obstet Gynecol. 1998;179(3 Pt 1):635-9. Epub 1998/10/03.
707. Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Tolosa Jorge E. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004(4).
708. WHO. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Lancet. 1994;343(8910):1399-404. Epub 1994/06/04.
709. Lavender T, Hart A, Smyth Rebecca MD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008(4).
710. Campillo F CM, García-Hernández JA, Miranda P, Romero F, Santamaría R. Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. . Madrid: Fundación Avedis Donabedian. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1999.
711. O'Sullivan G. Analgesia and anaesthesia in labour. Current Obstetrics and Gynaecology. 2005;15(1):9-17.
712. Pang D, O'Sullivan G. Analgesia and anaesthesia in labour. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 2008;18(4):87-92.
713. ACOG. ACOG practice bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. Number 36, July 2002. American College of Obstetrics and Gynecology. Int J Gynaecol Obstet. 2002;78(3):321-35. Epub 2002/11/28.
714. Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Nature):S131-59. Epub 2002/05/16.
715. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(1):36-44. Epub 2004/08/06.
716. Morgan-Ortiz F, Quintero-Ledezma JC, Perez-Sotelo JA, Trapero-Morales M. [Evolution and quality of care during labor and delivery in primiparous patients who underwent early obstetrical analgesia]. Ginecol Obstet Mex. 1999;67:522-6. Epub 2000/01/12. Evolucion y calidad de la atencion del trabajo de parto en pacientes primigestas sometidas a analgesia obstetrica temprana.
717. Cluett Elizabeth R, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(2).

718. Smith Caroline A, Collins Carmel T, Crowther Caroline A. Aromatherapy for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(7).
719. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. Pain. 2007;127(3):214-20. Epub 2006/10/13.
720. Carroll D, Tramer M, McQuay H, Nye B, Moore A. Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104(2):169-75. Epub 1997/02/01.
721. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2009(2):CD007214. Epub 2009/04/17.
722. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain relief in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011(9):CD007396. Epub 2010/09/09.
723. Arnal D, Serrano ML, Corral EM, Garcia del Valle S. [Intravenous remifentanyl for labor analgesia]. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2009;56(4):222-31. Epub 2009/06/20. Remifentanilo intravenoso para analgesia del trabajo del parto.
724. Volmanen P, Sarvela J, Akural EI, Raudaskoski T, Korttila K, Alahuhta S. Intravenous remifentanil vs. epidural levobupivacaine with fentanyl for pain relief in early labour: a randomised, controlled, double-blinded study. Acta Anaesthesiol Scand. 2008;52(2):249-55. Epub 2007/11/17.
725. Wassen MM, Zuijlen J, Roumen FJ, Smits LJ, Marcus MA, Nijhuis JG. Early versus late epidural analgesia and risk of instrumental delivery in nulliparous women: a systematic review. BJOG. 2011;118(6):655-61. Epub 2011/03/12.
726. Anim-Somuah M, Smyth Rebecca MD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(12):CD000331.
727. Reynolds F, Sharma SK, Seed PT. Analgesia in labour and fetal acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. BJOG. 2002;109(12):1344-53. Epub 2002/12/31.
728. Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Nature):S69-77. Epub 2002/05/16.
729. Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):CD003401. Epub 2007/07/20.
730. [COMET]. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. Lancet. 2001;358(9275):19-23. Epub 2001/07/17.
731. Cammu H, Van Eeckhout E. A randomised controlled trial of early versus delayed use of amniotomy and oxytocin infusion in nulliparous labour. Br J Obstet Gynaecol. 1996;103(4):313-8. Epub 1996/04/01.
732. Lopez-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, Socol ML. A controlled trial of a program for the active management of labor. N Engl J Med. 1992;326(7):450-4. Epub 1992/02/13.
733. Smyth Rebecca MD, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(4).
734. Brown Heather C, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008(4).
735. Wei S, Wo Bi L, Xu H, Luo Z-C, Roy C, Fraser William D. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(2).

736. Ruiz Parra AI. Nomenclatura Obstétrica, Trabajo de Parto y parto Eutócico. In: Parra MO, Angel Müller E, editors. Obstetricia Integral Siglo XXI. 1 ed. Bogota: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 90-121.
737. Fescina RH. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS/ Sexual and reproductive health: guides for the HPC focused continuum of care of women and newborn. Montevideo, Uruguay: Montevideo; Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva; 2011. p. 299.
738. Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? Am J Obstet Gynecol. 2004;191(3):933-8. Epub 2004/10/07.
739. Myles TD, Santolaya J. Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor. Obstet Gynecol. 2003;102(1):52-8. Epub 2003/07/10.
740. Janni W, Schiessl B, Peschers U, Huber S, Strobl B, Hantschmann P, et al. The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81(3):214-21. Epub 2002/04/23.
741. Menticoglou SM, Manning F, Harman C, Morrison I. Perinatal outcome in relation to second-stage duration. Am J Obstet Gynecol. 1995;173(3 Pt 1):906-12. Epub 1995/09/01.
742. Kuo YC, Chen CP, Wang KG. Factors influencing the prolonged second stage and the effects on perinatal and maternal outcomes. J Obstet Gynaecol Res. 1996;22(3):253-7. Epub 1996/06/01.
743. Paterson CM, Saunders NS, Wadsworth J. The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99(5):377-80. Epub 1992/05/01.
744. Saunders NS, Paterson CM, Wadsworth J. Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99(5):381-5. Epub 1992/05/01.
745. Van Kessel K, Reed S, Newton K, Meier A, Lentz G. The second stage of labor and stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 2001;184(7):1571-5. Epub 2001/06/16.
746. Moon JM, Smith CV, Rayburn WF. Perinatal outcome after a prolonged second stage of labor. J Reprod Med. 1990;35(3):229-31. Epub 1990/03/01.
747. Mahon TR, Chazotte C, Cohen WR. Short labor: characteristics and outcome. Obstet Gynecol. 1994;84(1):47-51. Epub 1994/07/01.
748. Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, Dykes AK. Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;88(4):402-7. Epub 2009/03/31.
749. Blanch G, Lavender T, Walkinshaw S, Alfirevic Z. Dysfunctional labour: a randomised trial. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(1):117-20. Epub 1998/01/27.
750. Wei SQ, Luo ZC, Xu H, Fraser WD. The effect of early oxytocin augmentation in labor: a meta-analysis (Structured abstract). Obstetrics and gynecology. 2009(3):641-9.
751. Mori R, Tokumasu H, Pledge D, Kenyon S. High dose versus low dose oxytocin for augmentation of delayed labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(10).
752. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton Jim G. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(7).
753. Pattinson RC, Farrell El-Marie E. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1997(2).
754. Dujardin B, Van Cutsem R, Lambrechts T. The value of maternal height as a risk factor of dystocia: A meta-analysis. Tropical Medicine and International Health. 1996;1(4):510-21.

755. Chauhan SP, Grobman WA, Gherman RA, Chauhan VB, Chang G, Magann EF, et al. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: A review. American journal of obstetrics and gynecology. 2005;193(2):332-46.
756. Darmstadt GL, Yakoob MY, Haws RA, Menezes EV, Soomro T, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: interventions during labour. BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9 Suppl 1:S6. Epub 2009/05/14.
757. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study. Birth. 2006;33(2):117-22. Epub 2006/05/31.
758. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. Appl Nurs Res. 1990;3(1):7-13. Epub 1990/02/01.
759. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. N Engl J Med. 1998;339(2):76-9. Epub 1998/07/09.
760. Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. Reprod Health. 2006;3:10. Epub 2006/12/02.
761. Roberts CL, Algert CS, Olive E. Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2004;44(6):489-94. Epub 2004/12/16.
762. Stremler R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. Birth. 2005;32(4):243-51. Epub 2005/12/13.
763. Ragnar I, Altman D, Tyden T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions--a randomised controlled trial. BJOG. 2006;113(2):165-70. Epub 2006/01/18.
764. Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(8):794-8. Epub 2005/07/20.
765. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD002006. Epub 2012/05/18.
766. Dupuis O, Simon A. [Fetal monitoring during the active second stage of labor]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008;37 Suppl 1:S93-100. Epub 2008/01/22. La surveillance foetale pendant l'expulsion.
767. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. BMJ. 2001;322(7297):1277-80. Epub 2001/05/26.
768. Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. Birth. 2007;34(4):282-90. Epub 2007/11/21.
769. McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(12):1262-72. Epub 1999/01/12.
770. Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. Obstet Gynecol. 2008;111(5):1053-7. Epub 2008/05/02.
771. Sanders J, Campbell R, Peters TJ. Effectiveness and acceptability of lidocaine spray in reducing perineal pain during spontaneous vaginal delivery: randomised controlled trial. BMJ. 2006;333(7559):117. Epub 2006/06/30.
772. Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihira MA, Leveno KJ. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(5):1692-6. Epub 2005/05/20.

773. Brancato RM, Church S, Stone PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(1):4-12. Epub 2008/01/30.
774. Roberts CL, Torvaldsen S, Cameron CA, Olive E. Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2004;111(12):1333-40. Epub 2005/01/25.
775. Kelly M, Johnson E, Lee V, Massey L, Purser D, Ring K, et al. Delayed versus immediate pushing in second stage of labor. MCN Am J Matern Child Nurs. 2010;35(2):81-8. Epub 2010/03/11.
776. Gillesby E, Burns S, Dempsey A, Kirby S, Mogensen K, Naylor K, et al. Comparison of delayed versus immediate pushing during second stage of labor for nulliparous women with epidural anesthesia. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG. 2010(6):635-44.
777. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Jr., Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. 2005;293(17):2141-8. Epub 2005/05/05.
778. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(1).
779. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83(4):364-8. Epub 2004/03/10.
780. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. BJOG. 2008;115(13):1695-702; discussion 702-3. Epub 2008/11/28.
781. Sangalli MR, Floris L, Faltin D, Weil A. Anal incontinence in women with third or fourth degree perineal tears and subsequent vaginal deliveries. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2000;40(3):244-8. Epub 2000/11/07.
782. Dandolu V, Gaughan JP, Chatwani AJ, Harmanli O, Mabine B, Hernandez E. Risk of recurrence of anal sphincter lacerations. Obstet Gynecol. 2005;105(4):831-5. Epub 2005/04/02.
783. Harkin R, Fitzpatrick M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Anal sphincter disruption at vaginal delivery: is recurrence predictable? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;109(2):149-52. Epub 2003/07/16.
784. Verheijen Evelyn C, Raven Joanna H, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(4).
785. Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2009(3):320-4.
786. Kang JH, Lee GH, Park YB, Jun HS, Lee KJ, Hahn WB, et al. The efficacy and safety of inflatable obstetric belts for management of the second stage of labor. Journal of Korean medical science. 2009(5):951-5.
787. Kettle C, Hills RK, Ismail KM. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. Cochrane Database Syst Rev. 2007(4):CD000947. Epub 2007/10/19.
788. Kettle C, Dowswell T, Ismail Khaled MK. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(6).
789. Mota R, Costa F, Amaral A, Oliveira F, Santos CC, Ayres-De-Campos D. Skin adhesive versus subcuticular suture for perineal skin repair after episiotomy--a randomized controlled trial. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2009(6):660-6.

790. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008(2).
791. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. JAMA. 2007;297(11):1241-52. Epub 2007/03/22.
792. Mathew JL. Timing of umbilical cord clamping in term and preterm deliveries and infant and maternal outcomes: a systematic review of randomized controlled trials. Indian Pediatr. 2011;48(2):123-9. Epub 2011/03/08.
793. Jahazi A, Kordi M, Mirbehbahani NB, Mazloom SR. The effect of early and late umbilical cord clamping on neonatal hematocrit. J Perinatol. 2008;28(8):523-5. Epub 2008/07/04.
794. Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Ferreira M, Ricci C, Casas O, et al. [The effect of early and delayed umbilical cord clamping on ferritin levels in term infants at six months of life: a randomized, controlled trial]. Arch Argent Pediatr. 2010;108(3):201-8. Epub 2010/06/15. Efecto del clampeo demorado del cordon umbilical en la ferritina serica a los seis meses de vida: Estudio clinico controlado aleatorizado.
795. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):CD003519. Epub 2007/07/20.
796. Mori R, Khanna R, Pledge D, Nakayama T. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. Pediatr Int. 2010;52(2):161-70. Epub 2009/06/13.
797. Kulier R, Hofmeyr GJ. Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1998(2).
798. Hofmeyr GJ, Kulier R. Tocolysis for preventing fetal distress in second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(1).
799. O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(11).
800. Suwannachat B, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Rapid versus stepwise negative pressure application for vacuum extraction assisted vaginal delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008(3).
801. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004(3).
802. Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia: The unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. American journal of obstetrics and gynecology. 2006;195(3):657-72.
803. Spong CY, Beall M, Rodrigues D, Ross MG. An objective definition of shoulder dystocia: prolonged head-to-body delivery intervals and/or the use of ancillary obstetric maneuvers. Obstet Gynecol. 1995;86(3):433-6. Epub 1995/09/01.
804. Beall MH, Spong C, McKay J, Ross MG. Objective definition of shoulder dystocia: a prospective evaluation. Am J Obstet Gynecol. 1998;179(4):934-7. Epub 1998/10/28.
805. Athukorala C, Middleton P, Crowther Caroline A. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006(4).
806. Hoffman MK, Bailit JL, Branch DW, Burkman RT, Van Veldhusien P, Lu L, et al. A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. Obstetrics and gynecology. 2011;117(6):1272-8.
807. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2000(3):CD000007. Epub 2000/07/25.
808. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011(11):CD007412. Epub 2011/11/11.

809. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2001(4):CD001808. Epub 2001/11/01.
810. Soltani H, Hutchon DR, Poulose TA. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2010(8):CD006173. Epub 2010/08/06.
811. McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004(1):CD000201. Epub 2004/02/20.
812. Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):CD000494. Epub 2007/07/20.
813. Alfirevic Z, Blum J, Walraven G, Weeks A, Winikoff B. Prevention of postpartum hemorrhage with misoprostol. Int J Gynaecol Obstet. 2007;99 Suppl 2:S198-201. Epub 2007/10/27.
814. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2007(2):CD005456. Epub 2007/04/20.
815. Novikova N, Hofmeyr GJ. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2010(7):CD007872. Epub 2010/07/09.
816. Peters NC, Duvekot JJ. Carbetocin for the prevention of postpartum hemorrhage: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2009;64(2):129-35. Epub 2009/01/23.
817. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2008(2):CD004074. Epub 2008/04/22.
818. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2008(3):CD006431. Epub 2008/07/23.
819. Dennehy KC, Rosaeg OP, Cicutti NJ, Krepski B, Sylvain JP. Oxytocin injection after caesarean delivery: intravenous or intramyometrial? Can J Anaesth. 1998;45(7):635-9. Epub 1998/08/26.
820. Munn MB, Owen J, Vincent R, Wakefield M, Chestnut DH, Hauth JC. Comparison of two oxytocin regimens to prevent uterine atony at cesarean delivery: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2001;98(3):386-90. Epub 2001/09/01.
821. Lokugamage AU, Paine M, Bassaw-Balroop K, Sullivan KR, Refaey HE, Rodeck CH. Active management of the third stage at caesarean section: a randomised controlled trial of misoprostol versus syntocinon. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2001;41(4):411-4. Epub 2002/01/15.
822. Chou MM, MacKenzie IZ. A prospective, double-blind, randomized comparison of prophylactic intramyometrial 15-methyl prostaglandin F2 alpha, 125 micrograms, and intravenous oxytocin, 20 units, for the control of blood loss at elective cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1994;171(5):1356-60. Epub 1994/11/01.
823. George RB, McKeen D, Chaplin AC, McLeod L. Up-down determination of the ED(90) of oxytocin infusions for the prevention of postpartum uterine atony in parturients undergoing Cesarean delivery. Can J Anaesth. 2010;57(6):578-82. Epub 2010/03/20.
824. Svanstrom MC, Biber B, Hanes M, Johansson G, Naslund U, Balfors EM. Signs of myocardial ischaemia after injection of oxytocin: a randomized double-blind comparison of oxytocin and methylergometrine during Caesarean section. Br J Anaesth. 2008;100(5):683-9. Epub 2008/04/04.
825. Butwick AJ, Coleman L, Cohen SE, Riley ET, Carvalho B. Minimum effective bolus dose of oxytocin during elective Caesarean delivery. Br J Anaesth. 2010;104(3):338-43. Epub 2010/02/13.
826. Sheehan SR, Montgomery AA, Carey M, McAuliffe FM, Eogan M, Gleeson R, et al. Oxytocin bolus versus oxytocin bolus and infusion for control of blood loss at elective caesarean section: double blind, placebo controlled, randomised trial. BMJ. 2011;343:d4661. Epub 2011/08/03.
827. King KJ, Douglas MJ, Unger W, Wong A, King RA. Five unit bolus oxytocin at cesarean delivery in women at risk of atony: a randomized, double-blind, controlled trial. Anesth Analg. 2010;111(6):1460-6. Epub 2010/10/05.

828. Gungorduk K, Asicioglu O, Celikkol O, Olgac Y, Ark C. Use of additional oxytocin to reduce blood loss at elective caesarean section: A randomised control trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2010;50(1):36-9. Epub 2010/03/12.
829. McLeod G, Munishankar B, MacGregor H, Murphy DJ. Maternal haemodynamics at elective caesarean section: a randomised comparison of oxytocin 5-unit bolus and placebo infusion with oxytocin 5-unit bolus and 30-unit infusion. Int J Obstet Anesth. 2010;19(2):155-60. Epub 2010/03/03.
830. Quiroga Diaz R, Cantu Mata R, Tello Gutierrez HE, Puente Villalobos M, Montemayor Garza R, Martinez Mendoza A. [Intrauterine misoprostol for the prevention of bleeding cesarean]. Ginecol Obstet Mex. 2009;77(10):469-74. Epub 2009/11/12. Misoprostol intrauterino para la prevencion de la hemorragia postcesarea.
831. Chaudhuri P, Banerjee GB, Mandal A. Rectally administered misoprostol versus intravenous oxytocin infusion during cesarean delivery to reduce intraoperative and postoperative blood loss. Int J Gynaecol Obstet. 2010;109(1):25-9. Epub 2010/01/15.
832. Eftekhari N, Doroodian M, Lashkarizadeh R. The effect of sublingual misoprostol versus intravenous oxytocin in reducing bleeding after caesarean section. J Obstet Gynaecol. 2009;29(7):633-6. Epub 2009/09/17.
833. Sekhavat L, Tabatabaii A, Dalili M, Farajkhoda T, Tafti AD. Efficacy of tranexamic acid in reducing blood loss after cesarean section. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22(1):72-5. Epub 2009/01/24.
834. Attilakos G, Psaroudakis D, Ash J, Buchanan R, Winter C, Donald F, et al. Carbetocin versus oxytocin for the prevention of postpartum haemorrhage following caesarean section: the results of a double-blind randomised trial. BJOG. 2010;117(8):929-36. Epub 2010/05/21.
835. Borruto F, Treisser A, Comparetto C. Utilization of carbetocin for prevention of postpartum hemorrhage after cesarean section: a randomized clinical trial. Arch Gynecol Obstet. 2009;280(5):707-12. Epub 2009/02/21.
836. CRES. Informe Técnico 125: Efectividad, seguridad y análisis económico de la carbetocina versus la oxitocina para la prevención de la atonía uterina y hemorragia posparto 2011.
837. Levine AB, Kuhlman K, Bonn J. Placenta accreta: comparison of cases managed with and without pelvic artery balloon catheters. J Matern Fetal Med. 1999;8(4):173-6. Epub 1999/07/16.
838. Alvarez M, Lockwood CJ, Ghidini A, Dottino P, Mitty HA, Berkowitz RL. Prophylactic and emergent arterial catheterization for selective embolization in obstetric hemorrhage. Am J Perinatol. 1992;9(5-6):441-4. Epub 1992/09/01.
839. Mitty HA, Sterling KM, Alvarez M, Gendler R. Obstetric hemorrhage: prophylactic and emergency arterial catheterization and embolotherapy. Radiology. 1993;188(1):183-7. Epub 1993/07/01.
840. Dubois J, Garel L, Grignon A, Lemay M, Leduc L. Placenta percreta: balloon occlusion and embolization of the internal iliac arteries to reduce intraoperative blood losses. Am J Obstet Gynecol. 1997;176(3):723-6. Epub 1997/03/01.
841. Hansch E, Chitkara U, McAlpine J, El-Sayed Y, Dake MD, Razavi MK. Pelvic arterial embolization for control of obstetric hemorrhage: a five-year experience. Am J Obstet Gynecol. 1999;180(6 Pt 1):1454-60. Epub 1999/06/16.
842. Ojala K, Perala J, Kariniemi J, Ranta P, Raudaskoski T, Tekay A. Arterial embolization and prophylactic catheterization for the treatment for severe obstetric hemorrhage*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(11):1075-80. Epub 2005/10/20.
843. Bodner LJ, Nosher JL, Gribbin C, Siegel RL, Beale S, Scorza W. Balloon-assisted occlusion of the internal iliac arteries in patients with placenta accreta/percreta. Cardiovasc Intervent Radiol. 2006;29(3):354-61. Epub 2006/02/28.

844. Tan CH, Tay KH, Sheah K, Kwek K, Wong K, Tan HK, et al. Perioperative endovascular internal iliac artery occlusion balloon placement in management of placenta accreta. AJR Am J Roentgenol. 2007;189(5):1158-63. Epub 2007/10/24.
845. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. Obstet Gynecol. 2010;115(3):526-34. Epub 2010/02/24.
846. van Beekhuizen HJ, de Groot AN, De Boo T, Burger D, Jansen N, Lotgering FK. Sulprostone reduces the need for the manual removal of the placenta in patients with retained placenta: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2006;194(2):446-50. Epub 2006/02/07.
847. Nardin JM, Weeks A, Carroli G. Umbilical vein injection for management of retained placenta. Cochrane Database Syst Rev. 2011(5):CD001337. Epub 2011/05/13.
848. Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA, Shaaban OM. Tocolysis for management of retained placenta. Cochrane Database Syst Rev. 2011(1):CD007708. Epub 2011/01/21.
849. Chongsomchai C, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Prophylactic antibiotics for manual removal of retained placenta in vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2006(2):CD004904. Epub 2006/04/21.
850. Baskett PJ. ABC of major trauma. Management of hypovolaemic shock. BMJ. 1990;300(6737):1453-7. Epub 1990/06/02.
851. Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. BJOG. 2006;113(8):919-24. Epub 2006/08/16.
852. Duthie SJ, Ven D, Yung GL, Guang DZ, Chan SY, Ma HK. Discrepancy between laboratory determination and visual estimation of blood loss during normal delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1991;38(2):119-24. Epub 1991/01/30.
853. Ho AM, Karmakar MK, Dion PW. Are we giving enough coagulation factors during major trauma resuscitation? Am J Surg. 2005;190(3):479-84. Epub 2005/08/18.
854. Hirshberg A, Dugas M, Banez EI, Scott BG, Wall MJ, Jr., Mattox KL. Minimizing dilutional coagulopathy in exsanguinating hemorrhage: a computer simulation. J Trauma. 2003;54(3):454-63. Epub 2003/03/14.
855. Human albumin administration in critically ill patients: systematic review of randomised controlled trials. Cochrane Injuries Group Albumin Reviewers. BMJ. 1998;317(7153):235-40. Epub 1998/07/24.
856. Roberts I, Blackhall K, Alderson P, Bunn F, Schierhout G. Human albumin solution for resuscitation and volume expansion in critically ill patients. Cochrane Database Syst Rev. 2011(11):CD001208. Epub 2011/11/11.
857. Perel P, Roberts I. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. Cochrane Database Syst Rev. 2011(3):CD000567. Epub 2011/03/18.
858. Havel C, Arrich J, Losert H, Gamper G, Mullner M, Herkner H. Vasopressors for hypotensive shock. Cochrane Database Syst Rev. 2011(5):CD003709. Epub 2011/05/13.
859. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2007(1):CD003249. Epub 2007/01/27.
860. Buttino L, Jr., Garite TJ. The use of 15 methyl F2 alpha prostaglandin (Prostin 15M) for the control of postpartum hemorrhage. Am J Perinatol. 1986;3(3):241-3. Epub 1986/07/01.
861. Oleen MA, Mariano JP. Controlling refractory atonic postpartum hemorrhage with Hemabate sterile solution. Am J Obstet Gynecol. 1990;162(1):205-8. Epub 1990/01/01.
862. Hofmeyr GJ, Walraven G, Gulmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. BJOG. 2005;112(5):547-53. Epub 2005/04/22.

863. Widmer M, Blum J, Hofmeyr GJ, Carroli G, Abdel-Aleem H, Lumbiganon P, et al. Misoprostol as an adjunct to standard uterotonics for treatment of post-partum haemorrhage: a multicentre, double-blind randomised trial. Lancet. 2010;375(9728):1808-13. Epub 2010/05/25.
864. Blum J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. Lancet. 2010;375(9710):217-23. Epub 2010/01/12.
865. Winikoff B, Dabash R, Durocher J, Darwish E, Nguyen TN, Leon W, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during labour: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. Lancet. 2010;375(9710):210-6. Epub 2010/01/12.
866. Ducloy-Bouthors AS, Jude B, Duhamel A, Broisin F, Huissoud C, Keita-Meyer H, et al. High-dose tranexamic acid reduces blood loss in postpartum haemorrhage. Crit Care. 2011;15(2):R117. Epub 2011/04/19.
867. Abdel-Aleem H, Singata M, Abdel-Aleem M, Mshweshwe N, Williams X, Hofmeyr GJ. Uterine massage to reduce postpartum hemorrhage after vaginal delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2010;111(1):32-6. Epub 2010/07/06.
868. Ikechebelu JI, Obi RA, Joe-Ikechebelu NN. The control of postpartum haemorrhage with intrauterine Foley catheter. J Obstet Gynaecol. 2005;25(1):70-2. Epub 2005/09/09.
869. Bakri YN, Amri A, Abdul Jabbar F. Tamponade-balloon for obstetrical bleeding. Int J Gynaecol Obstet. 2001;74(2):139-42. Epub 2001/08/15.
870. Chan C, Razvi K, Tham KF, Arulkumaran S. The use of a Sengstaken-Blakemore tube to control post-partum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet. 1997;58(2):251-2. Epub 1997/08/01.
871. Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2003;101(4):767-72. Epub 2003/04/12.
872. Akhter S, Begum MR, Kabir Z, Rashid M, Laila TR, Zabeen F. Use of a condom to control massive postpartum hemorrhage. MedGenMed. 2003;5(3):38. Epub 2003/11/06.
873. C BL, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104(3):372-5. Epub 1997/03/01.
874. Hayman RG, Arulkumaran S, Steer PJ. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2002;99(3):502-6. Epub 2002/02/28.
875. Ghezzi F, Cromi A, Uccella S, Raio L, Bolis P, Surbek D. The Hayman technique: a simple method to treat postpartum haemorrhage. BJOG. 2007;114(3):362-5. Epub 2007/01/16.
876. Hwu YM, Chen CP, Chen HS, Su TH. Parallel vertical compression sutures: a technique to control bleeding from placenta praevia or accreta during caesarean section. BJOG. 2005;112(10):1420-3. Epub 2005/09/20.
877. Kafali H, Demir N, Soylemez F, Yurtseven S. Hemostatic cervical suturing technique for management of uncontrollable postpartum haemorrhage originating from the cervical canal. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;110(1):35-8. Epub 2003/08/23.
878. Joshi VM, Otiv SR, Majumder R, Nikam YA, Shrivastava M. Internal iliac artery ligation for arresting postpartum haemorrhage. BJOG. 2007;114(3):356-61. Epub 2007/01/31.
879. Dildy GA, 3rd. Postpartum hemorrhage: new management options. Clin Obstet Gynecol. 2002;45(2):330-44. Epub 2002/06/06.
880. Hong TM, Tseng HS, Lee RC, Wang JH, Chang CY. Uterine artery embolization: an effective treatment for intractable obstetric haemorrhage. Clin Radiol. 2004;59(1):96-101. Epub 2003/12/31.

881. Bloom AI, Verstandig A, Gielchinsky Y, Nadiari M, Elchalal U. Arterial embolisation for persistent primary postpartum haemorrhage: before or after hysterectomy? BJOG. 2004;111(8):880-4. Epub 2004/07/24.
882. Yong SP, Cheung KB. Management of primary postpartum haemorrhage with arterial embolisation in Hong Kong public hospitals. Hong Kong Med J. 2006;12(6):437-41. Epub 2006/12/07.
883. Doumouchtsis SK, Papageorghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. Obstet Gynecol Surv. 2007;62(8):540-7. Epub 2007/07/20.
884. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. Obstet Gynecol. 2010;115(3):637-44. Epub 2010/02/24.
885. Shahin AY, Farghaly TA, Mohamed SA, Shokry M, Abd-El-Aal DE, Youssef MA. Bilateral uterine artery ligation plus B-Lynch procedure for atonic postpartum hemorrhage with placenta accreta. Int J Gynaecol Obstet. 2010;108(3):187-90. Epub 2009/12/01.
886. Neilson JP. Interventions for treating placental abruption. Cochrane Database Syst Rev. 2003(1):CD003247. Epub 2003/01/22.
887. Hurd WW, Miodovnik M, Hertzberg V, Lavin JP. Selective management of abruptio placentae: a prospective study. Obstet Gynecol. 1983;61(4):467-73. Epub 1983/04/01.
888. Carless PA, Henry DA, Moxey AJ, O'Connell D L, Brown T, Fergusson DA. Cell salvage for minimising perioperative allogeneic blood transfusion. Cochrane Database Syst Rev. 2006(4):CD001888. Epub 2006/10/21.
889. Catling SJ, Williams S, Fielding AM. Cell salvage in obstetrics: an evaluation of the ability of cell salvage combined with leucocyte depletion filtration to remove amniotic fluid from operative blood loss at caesarean section. Int J Obstet Anesth. 1999;8(2):79-84. Epub 2004/08/24.
890. Allam J, Cox M, Yentis SM. Cell salvage in obstetrics. Int J Obstet Anesth. 2008;17(1):37-45. Epub 2007/12/29.
891. Marik PE, Corwin HL. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature. Crit Care Med. 2008;36(9):2667-74. Epub 2008/08/06.
892. Simpson E, Lin Y, Stanworth S, Birchall J, Doree C, Hyde C. Recombinant factor VIIa for the prevention and treatment of bleeding in patients without haemophilia. Cochrane Database Syst Rev. 2012;3:CD005011. Epub 2012/03/16.
893. Marti-Carvajal AJ, Comunian-Carrasco G, Pena-Marti GE. Haematological interventions for treating disseminated intravascular coagulation during pregnancy and postpartum. Cochrane Database Syst Rev. 2011(3):CD008577. Epub 2011/03/18.
894. Inaba K, Teixeira PG, Shulman I, Nelson J, Lee J, Salim A, et al. The impact of uncross-matched blood transfusion on the need for massive transfusion and mortality: analysis of 5,166 uncross-matched units. J Trauma. 2008;65(6):1222-6. Epub 2008/12/17.
895. Cortés A WW, Bolaños F. Reanimación con glóbulos rojos Rh positivo y sin prueba cruzada en emergencias médicas. Colombia Médica. 2004;35(4).
896. Ball CG, Salomone JP, Shaz B, Dente CJ, Tallah C, Anderson K, et al. Uncrossmatched blood transfusions for trauma patients in the emergency department: incidence, outcomes and recommendations. Can J Surg. 2011;54(2):111-5. Epub 2011/01/22.
897. Kongnyuy EJ, Mlava G, van den Broek N. Using criteria-based audit to improve the management of postpartum haemorrhage in resource limited countries: a case study of Malawi. Matern Child Health J. 2009;13(6):873-8. Epub 2008/09/10.
898. Deneux-Tharaux C, Dupont C, Colin C, Rabilloud M, Touzet S, Lansac J, et al. Multifaceted intervention to decrease the rate of severe postpartum haemorrhage: the PITHAGORE6 cluster-randomised controlled trial. BJOG. 2010;117(10):1278-87. Epub 2010/06/25.

899. Birch L, Jones N, Doyle PM, Green P, McLaughlin A, Champney C, et al. Obstetric skills drills: evaluation of teaching methods. Nurse Educ Today. 2007;27(8):915-22. Epub 2007/03/23.
900. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2011;306(9):978-88. Epub 2011/09/09.
901. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: The key to maternal mortality. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1996;54(1):1-10.
902. Brown S, Small R, Argus B, Davis Peter G, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002(3).
903. Resolución 412 de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, (2000).
904. Resolucion 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones, (2006).
905. Ley 1122 de 2007.Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y otras disposiciones, (2007).
906. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, P M. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC medical informatics and decision making. 2008;8(38).
907. Ley 100 de 1993 : Sistema General de Seguridad Social en Colombia, (1993).
908. Ley 1438 de 2010: Por medio del cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, (2011).
909. Resolucion 3960 de 2008: Manual Estádares de acreditación. Direcciones Territoriales de Salud, (2008).
910. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, (2011).
911. Resolución 0123 de 2012: nuevo manual de acreditación en salud para el ámbito ambulatorio y hospitalario., (2012).
912. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la tención en Salud, (2007).
913. Resolución 2680 de 2007: Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones, (2007).
914. Resolución 3763 de 2007: Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones., (2007).
915. Acuerdo 029 de diciembre de 2011: por la cual se sustituye el acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integramente el Plan Obligatorio de Salud, (2011).
916. Dodgson M. The management of technological innovation. An international and strategic approach. Oxford2000.

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog)

Guía de manejo
Ruptura prematura de membranas

Herson Luis León González, MD, hospital El Tunal, ESE
Manuel Nitola, MD, hospital El Tunal, ESE

Contenido

1. Introducción 5
2. Objetivos 5
3. Justificación 5
4. Definición 5
4.1. Ruptura prematura de membranas (RPM) 5
4.2. Ruptura prematura de membranas pretérmino 5
4.3. Ruptura precoz de membranas 5
4.4. Ruptura prolongada de membranas 5
4.5. Periodo de latencia 5
4.6. Periodo de intervalo 5
4.7. Falsa ruptura de membranas, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular 6
5. Incidencia 6
6. Etiología 6
6.1. Infección materna 6
6.1.1. Infección de vías urinarias 6
6.1. 2. Infección del tracto genital bajo (cervicovaginitis) 6
6.1. 3. Enfermedades de transmisión sexual 6
6.1. 4. Infección intrauterina (corioamnionitis) 6
6.1 .5. pH vaginal 7
6.2. Incompetencia cervical 7
6.3. Procedimientos prenatales especiales 7
6.4. Exploraciones cervicales 7
6.5. Déficit nutricionales 7
6.6. Tabaquismo 8
6.7. Coito 8
6.8. Concentraciones de prolactina 8
6.9. Otras 8
6.9.1. Antecedente de RPM o parto pretérmino 8
6.9.2. Antecedente de procedimientos quirúrgicos cervicouterinos 8
6.9.3. Trastornos patológicos de la placenta (placenta previa, desprendimiento o inserción marginal del cordón). 8
6.9.4. Síndrome de Ehlers-Danlos 9
6.9.5. Embarazos múltiples 9
6.9.6. Hiperdistensión uterina (polihidramnios) 9
6.9.7. Otras causas 9
6.9.8.. 9
7. Curso clínico 9
7.1. Complicaciones fetales 10
7.2. Complicaciones maternas asociadas a RPM 10
8. Manejo 10
8.1. Criterios de Gibbs 10
8.2. Determinación de la edad gestacional 11
8.3. Embarazos por encima de las 36 semanas 11
8.4. Embarazos entre las semanas 26 y 35 11
8.5. Embarazos antes de las 26 semanas 12
9. Bibliografía 13

1. Introducción

Las membranas ovulares están compuestas por la unión del amnión y el corión, constituidas de elementos celulares epiteliales sobrepuestos a capas de tejido conectivo denso con elevada concentración de colágeno. El corión contribuye con 10 a 15% del total de la resistencia de las membranas ovulares. El amnios, por tanto, contribuye con el mayor porcentaje de dicha resistencia, siendo seis a diez veces más fuerte que el corión.

2. Objetivos

- Realizar un diagnóstico claro de ruptura prematura de membranas.
- La etiología, fisiopatología y comportamiento epidemiológico de la ruptura prematura de membranas.
- Estandarizar una guía de manejo de la ruptura prematura de membranas en Bogotá.

3. Justificación

La ruptura prematura de membranas es una patología obstétrica frecuente. En circunstancias normales, las membranas ovulares se rompen durante la fase activa del trabajo de parto; al ocurrir de manera prematura es la responsable de aproximadamente 30% de todos los partos pretérmino y origina una morbilidad materno-perinatal seria. Desafortunadamente, los avances en el conocimiento de esta patología han sido relativamente escasos.

4. Definición

4.1. Ruptura prematura de membranas (RPM)

Es la pérdida de la integridad del saco gestacional antes del inicio del trabajo de parto, independiente de la edad gestacional.

4.2. Ruptura prematura de membranas pretérmino

Es aquella que ocurre antes de la semana 37 de gestación.

4.3. Ruptura precoz de membranas

Ruptura espontánea de las membranas con inicio de actividad uterina en la siguiente hora.

4.4. Ruptura prolongada de membranas

Ruptura de membranas 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.

4.5. Periodo de latencia

Intervalo entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto. En la actualidad se requiere de un intervalo de latencia mínimo de una hora, para cumplir con la definición de RPM.

4.6. Periodo de intervalo

Tiempo transcurrido entre la ruptura de membranas y el parto.

4.7. Falsa ruptura de membranas, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular

Acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual corioamniótico por filtración de secreción a través del amnios o ruptura y cierre posterior de éste. La ruptura del corion determina la salida de líquido al exterior, permaneciendo el aminos íntegro, simulando ruptura prematura de membranas.

5. Incidencia

La incidencia de la RPM es muy variable. La RPM se observa entre 2.1 y 22% del total de embarazos. Recientemente, se muestran cifras de 14-17%. La diferencia entre estos datos, tal vez, es producto de la diversidad de los grupos y contribución de factores de riesgo maternos y fetales.

En países desarrollados se informan incidencias de 4% a 8%. En nuestro medio se reportan incidencias entre 15% y 22%.

La RPM complica de 1% a 4% de todos los embarazos y se relaciona con 30% de todos los recién nacidos pretérmino.

6. Etiología

6.1. Infección materna

La infección constituye el factor etiológico primordial en la patogenia de la RPM.

6.1.1. Infección de vías urinarias.

6.1.2. Infección del tracto genital bajo (cervicovaginitis)

El muestreo directo de líquido amniótico ha demostrado la presencia de microorganismos en un porcentaje significativo de pacientes con RPM y/o trabajo de parto pretérmino. Los microorganismos son:

- Neisseria gonorrea.
- Escherichia coli.
- Estreptococos del grupo B.
- Estafilococo dorado.
- Bacteroides sp.
- Trichomona vaginalis.
- Chlamydia trachomatis.
- Gardnerella vaginalis.
- Mycoplasma hominis.
- Ureaplasma urealyticum.
- Bacterias aerobias y anaerobias.
- Levaduras.

6.1.3. Enfermedades de transmisión sexual.

6.1.4. Infección intrauterina (corioamnionitis).

6.1.5. pH vaginal

La vaginosis bacteriana es frecuente en mujeres con ruptura de membranas, ya que el pH vaginal es mayor de 4.5 y se ha encontrado que esto aumenta al triple el riesgo de RPM. Microorganismos como la *N. gonorreae*, el estreptococo y los anaerobios modifican el pH ácido normal de la vagina, asociándose a RPM. Los anaerobios lo aumentan por la eliminación de los lactobacilos.

Se ha informado que la colonización de la vagina por gérmenes atípicos produce trabajo de parto pretérmino por estimulación del metabolismo del ácido araquidónico en las células del amnios y esto genera aumento subsecuente de las prostaglandinas E2.

6.2. Incompetencia cervical

La presencia de dilatación cervical silente con una gran proporción de las membranas expuestas a bacterias vaginales aumentaría el riesgo de infección en la paciente y, por tanto, la probabilidad de RPM. Se ha encontrado aumento notorio de corioamnionitis en pacientes a quienes se les realizó cerclaje tardíamente. De ellas 52% tuvo RPM posteriormente. Tanto el material de sutura como la manipulación cervical aumentan el riesgo de RPM secundaria a reacción de cuerpo extraño y a un incremento de prostaglandinas, respectivamente.

6.3. Procedimientos prenatales especiales

- Amniocentesis.
- Biopsia de vellosidades coriónicas.

Se ha encontrado RPM en casi 1.2% de las amniocentesis realizadas en segundo trimestre, y 0.7% para muestra de vellosidades coriónicas.

6.4. Exploraciones cervicales

Aumentan el riesgo por estimular la síntesis de prostaglandinas o causar contaminación bacteriana de las membranas ovulares.

6.5. Déficit nutricionales

Se ha encontrado que deficiencias maternas de algunos oligoelementos y vitaminas tienen relación con la RPM. La vitamina C y el cobre son importantes para el metabolismo y la maduración normal de el colágeno.

Las concentraciones de ácido ascórbico son: baja 0.2 mg/dl; intermedia 0.2 a 0.59 mg/dl; y adecuada igual o mayor a 0.6 mg/dl. Se encontró RPM en 15% de las pacientes con concentraciones menores de 0.2 mg/dl y 1.5 % en pacientes con concentraciones mayores de 0.6 mg/dl.

Las concentraciones de zinc tienen un papel importante en la actividad antimicrobiana y antiviral del líquido amniótico. Sikoski y col. postularon la deficiencia de zinc como mecanismo de patogenia de RPM por las siguientes razones:

- Producción deficiente de proteínas esenciales.
- Inducción de muerte celular.

- ❖ Alteración de la reacción mediada por células.
- ❖ Patrones anormales de contracción.
- ❖ Alteración de la síntesis de prostaglandinas.
- ❖ Mayor susceptibilidad a infecciones vaginales.

El cobre es un componente esencial de muchos procesos enzimáticos; por tanto, concentraciones bajas pueden alterar la maduración del colágeno y disminuir la producción de elastina.

6.6. Tabaquismo

El tabaquismo afecta, en primer lugar, el estado nutricional global, en particular por disminuir el ácido ascórbico. Altera la inmunidad materna produciendo una menor respuesta del sistema inmunitario materno a las infecciones virales y bacterianas. En segundo lugar, el tabaquismo reduce la capacidad del sistema inmune para activar los inhibidores de las proteasas, lo que hace a las membranas más susceptibles a la infección.

En un estudio multicéntrico se encontró relación entre amenaza de parto pretérmino, el tabaquismo y la hemorragia genital durante el embarazo y la RPM. Se observó que existía un riesgo de 2.1 veces más RPM en mujeres que continuaron fumando durante el embarazo. La hemorragia produce irritabilidad y aumento de la presión interna del útero, lo que se asoció con contracciones prematuras y desprendimiento placentario. Se propuso la nicotina como factor causal, pues genera constricción arteriolar, que posteriormente causa isquemia residual.

6.7. Coito

Se ha observado que la RPM es 11 veces más frecuente en casos de coito reciente y se ha asociado con corioamnionitis. Teóricamente, puede poner en riesgo a las membranas ovulares al someterlas a enzimas proteolíticas seminales y permitir el transporte intrauterino de bacterias a través de los espermatozoides.

6.8. Concentraciones de prolactina

Se observó que pacientes con RPM tenían una concentración mucho mayor de prolactina en las membranas coriónicas. La prolactina participa en la regulación del medio fetal, lo cual está asociado con la regulación de la osmolaridad, volumen y concentración de los electrolitos en el líquido amniótico. Por tanto, la prolactina quizá participe en cambios de las propiedades elásticas de las membranas ovulares mediante su efecto sobre el contenido de agua y de electrolitos en las membranas.

6.9. Otras

6.9.1. Antecedente de RPM o parto pretérmino.

6.9.2. Antecedente de procedimientos quirúrgicos cervicouterinos.

6.9.3. Trastornos patológicos de la placenta (placenta previa, desprendimiento o inserción marginal del cordón).

6.9.4. Síndrome de Ehlers-Danlos

Grupo de enfermedades hereditarias del tejido conectivo, con manifestaciones que incluyen esfacelación facial, piel frágil e hiperextensible, laxitud articular y RPM. Pueden heredarse diversos tipos del síndrome en forma recesiva ligada al cromosoma X, autonómica dominante o recesiva; con una incidencia del 83 %.

6.9.5. Embarazos múltiples.

6.9.6. Hiperdistensión uterina (polihidramnios).

6.9.7. Otras causas que no se han demostrado convincentemente como las anomalías fetales congénitas, presentaciones anormales y traumatismos maternos.

6.9.8. Se puede observar que varios mecanismos fisiopatológicos en forma individual y/o asociados conducen en última instancia a la pérdida de la resistencia de las membranas ovulares. Estos mecanismos pueden enumerarse y son consecuencia de todas las patologías mencionas:

- Disminución del contenido de colágeno por déficit en su síntesis o por aumento de la actividad colagenolítica o proteolítica.
- Reducción de la fuerza tensil y de la elasticidad de las membranas.
- Delaminación y adelgazamiento de las membranas.
- Cambios inflamatorios y degenerativos.

Entonces todos estos factores, más que agentes etiológicos individuales, existen como factores asociados que al estar acompañados en un momento dado por alguna complicación obstétrica y/o factores comportamentales y ambientales generan una secuencia multifactorial que lleva a la RPM. Estos factores afectan al binomio materno-fetal alterando la homeostasis que, por último, deteriora el estado de las membranas ovulares.

7. Curso clínico

Si el embarazo es a término (feto con peso mayor de 2.500 gr), 79% de las pacientes inician trabajo de parto en las 12 horas siguientes a la RPM y 95% dentro de las 24 horas. Si la edad gestacional está entre las semanas 28 a 36 (1.000 a 2.500 gr) el 51% de las pacientes iniciarán trabajo de parto dentro de las 24 horas siguientes. Este porcentaje baja a 26% cuando la edad gestacional está comprendida entre las semanas 22 y 28 (500 a 1.000 gr).

Cuando la RPM se presenta en embarazos a término la tasa de complicaciones materno-fetales es baja. Cuando el embarazo es pretérmino, la morbimortalidad se incrementa, siendo la prematurez el principal contribuyente. La mortalidad perinatal es hasta de 94% en la semana 24 y disminuye hasta menos de 1% en la semana 35 de gestación. Diversos autores han demostrado que cuando el periodo de latencia alcanza o supera los 7 días, comparado con 48 horas, se disminuye la morbimortalidad.

7.1 Complicaciones fetales

La morbilidad fetal es dependiente de la edad gestacional en el momento de la RPM. Las principales patologías asociadas son:

Porcentaje complicación	26 sem	30 sem	34 sem
Síndrome de dificultad respiratoria	92.6	54.7	13.5
Ductus arterioso persistente	48.1	22.6	1.7
Hemorragia intraventricular (grado 2 – 3)	29.6	1.9	0
Enterocolitis necrotizante	11.1	15.1	3.1
Sepsis	33.3	11.3	3.5
Muerte neonatal	45.5	9.4	1.3

7.2. Complicaciones maternas asociadas a RPM

Las complicaciones maternas están determinadas principalmente por el riesgo de infección, dependiente de la edad gestacional y en relación inversa a ésta, a mayor edad gestacional menor riesgo de infección. La siguiente tabla resume las complicaciones:

COMPLICACIÓN	PORCENTAJE
Corioamnionitis	**10-40**
Metritis	**10-30**
Abruptio	**4-8**

8. Manejo

Antes de iniciar cualquier esquema de manejo deben tenerse en cuenta las indicaciones absolutas para desembarazar a una paciente con RPM, independientemente de la edad gestacional en que curse el embarazo:

- ❖ Madurez pulmonar.
- ❖ Trabajo de parto establecido.
- ❖ Infección materna y/o fetal.
- ❖ Malformaciones fetales.
- ❖ Sufrimiento fetal.
- ❖ Sangrados de la segunda mitad del embarazo que comprometan seriamente la vida de la madre y/o del feto.

Además de lo anterior, debe tenerse claro el concepto de corioamnionitis, que se ha definido clínicamente por los *Criterios de Gibbs.*

8.1. Criterios de Gibbs

- ❖ Elevación de la temperatura igual o mayor a 37.8 grados centígrados y dos de los siguientes parámetros:
  - Sensibilidad uterina.
  - Descarga vaginal fétida o líquido amniótico fétido.

- Leucocitosis mayor o igual a 15.000 y/o neutrofilia, cayademia.
- Taquicardia materna mayor a 100 latidos/minuto.
- Taquicardia fetal mayor a 160 latidos/minuto.

Es importante aclarar que debe descartarse otro sitio de infección.

8.2. Determinación de la edad gestacional

Después de descartar las situaciones que hacen necesario un parto con ruptura prematura de membranas, el punto clave es definir la edad gestacional de la paciente. Con la información de la última regla confiable, el seguimiento ecográfico del embarazo y el examen físico de la paciente debe definirse la edad gestacional y clasificarla en uno de los siguientes grupos:

❖ Embarazos por encima de las 36 semanas.
❖ Embarazos entre las semanas 26 y 35.
❖ Embarazos antes de las 26 semanas.

8.3. Embarazos por encima de las 36 semanas

Las pacientes con esta edad gestacional deben ser llevadas a parto lo antes posible. Tiene pocas ventajas mantener una gestación con manejo conservador cuando el feto tiene completa o casi completa la madurez pulmonar.

El punto de discusión es la vía del parto: si el cérvix es favorable la inducción debe hacerse sin demora; de lo contrario, la posibilidad de una cesárea es mucho mayor. En estos casos el periodo de espera no debe ser mayor a 24 horas. Después de este tiempo y con pruebas de bienestar fetal adecuadas, debe desembarazar la paciente.

La mayoría de los autores recomienda que debe iniciarse el antibiótico una vez superadas las 12 horas de período de latencia. El antibiótico de elección es la ampicilina a dosis de 1 gr cada 6 horas IV durante las primeras 24 horas de tratamiento y luego continuar con ampicilina o amoxacilina 500 mg VO cada 6 horas por 7 días.

8.4. Embarazos entre las semanas 26 y 35

Es el grupo de pacientes con posibilidad de manejo expectante o conservador intrahospitalario, en institución que cuente con unidad de cuidados intensivos neonatal, bien sea segundo o tercer nivel de atención. Este manejo tiene como objeto prolongar el embarazo, previniendo las complicaciones inherentes al parto pretérmino. La metodología de manejo en este grupo es:

❖ Hospitalizar, canalizar vena, tomar laboratorios: cuadro hemático, VSG, PCR, parcial de orina con sonda y urocultivo, monitoría fetal y ecografía obstétrica.
❖ Iniciar esquema de maduración pulmonar corto con Betametasona 12 mg IM cada 12 horas por 2 dosis, o Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.
❖ Iniciar esquema antibiótico con Ampicilina 1 gr IV cada 6 horas asociado a Eritromicina 500 mg VO cada 8 horas. Este esquema debe ser aplicado por 10 días, después de los cuales si la paciente sigue embarazada se suspende y se deja sin antibiótico hasta que se produzca el parto.
❖ Realizar control diario de cuadro hemático, VSG, PCR y monitoría fetal (según criterio médico), tratando de identificar cualquier cambio que signifique riesgo materno y/o fetal para así desembarazar.

- ❖ Realizar perfil biofísico dos veces por semana con el fin de controlar el índice de líquido amniótico y evaluar estrechamente el bienestar fetal, tratando de identificar riesgos.

Toda esta guía se encamina a prolongar el periodo de latencia, que se ha demostrado que cuando puede llevarse a 7 días o más, las complicaciones inherentes a la prematurez en la unidad de recién nacidos se superan mejor.

Definitivamente, si se tienen en cuenta las indicaciones absolutas para desembarazar ya nombradas y se sigue un control estricto de los parámetros de infección y de evaluación del bienestar materno-fetal (leucocitosis, aumento de la PCR, monitoría fetal no reactiva y perfil biofísico bajo o actividad uterina espontánea), tenemos un grupo de pacientes selecto que puede beneficiarse de este esquema de tratamiento.

8.5. Embarazos antes de las 26 semanas

Las gestaciones entre las 20 y 26 semanas con RPM son de muy mal pronóstico perinatal. Hay series que reportan de 60% a 90% de mortalidad perinatal. En nuestro medio la mortalidad perinatal está en cifras superiores al rango ya mencionado. Es el grupo de manejo individualizado, y como tal plantearse una junta de decisiones para abordar cada caso en particular. Aproximadamente 50% de las madres tendrán corioamnionitis, 50% parto por cesárea y 16% de los sobrevivientes tendrá secuelas a largo plazo. No hay un manejo que haya demostrado mejorar la evolución de estos embarazos; lo que sí se requiere en estas pacientes es un manejo en institución que cuente con unidad de cuidados intensivos neonatales.

9. Bibliografía

1. Romero, Yoon BH, Gomez R, et al. A comparative study of fluid glucosa, white blood cell count, interleukin-6, and gram satín in the detection of microbial invasión in patientes with preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 1993; 169: 839-51.
2. Fortunato SJ, Welt SI, Eggleston MK, Briant EC, Active expectant management in very early gestations complicated by premature rupture of membranes. J of Reproductive Medicine. 1994; 39:13-16
3. Hibbart JU, Hibbart MC, Ismail M, Arendt E. Pregnancy outcome after expectant management of premature rupture of membranes in the second trimester. J or Reproductive Medicine. 1993; 38: 945-51
4. Mercer BM, Crocker LG, Boe NM, Sibai BM, Induction versus expectant management of rupture premature of membranes with mature amniotic fluid at 32 to 36 weeks. A randomized trial. Am J Obstet Gynecol, 1993; 169: 775-82
5. Lencki SG, Maciulta MB, Eglinton GS, Maternal and umbilical cord serum interleukin levels in preterm labor with clinical corioamnionitis. Am J Obstet Gynecol. 1994; 170: 1345-51.
6. Ernest JM, Givner LB. A prospective, randomized, placebo-controlled trial of penicillin in preterm rupture of membranes, Am J Obstet Gynecol. 1994; 170: 1345-51.
7. Romero R, Brody DT, Oyarzun E, et al. Infection and labor interleukin-1: A signal for the onset of parturition. Am J Obstet Gynecol, 1989; 160: 1117-23
8. McDuffie RS, Nelson GE, Osborn, CL, et al. Effect of routine weekly cervical examinations at term on premature rupture of membranes. A randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 1992; 79: 219-22.
9. Vergani P, Ghidini A, Locatelli A, et al. Risk factors for pulmonary hipoplasia in second trimester premature rupture of membranes. Am J. Obstet Gynecol. 1994; 170: 1359-64
10. Hadi HA, Hodson CA, Strickcland D. Premature rupture of the membranes between 20 and 25 weeks gestation: Role of amniotic fluid volume in perinatal outcome. Am J Obstet Gynecol. 1994; 170:1139-44.
11. Owen J, Groome LJ, Haulth JC, Randomized trial of prophylactic antibiotic therapy after preterm amnion rupture. Am J Obstet Gynecol.1993; 169: 976-81
12. ACOG. Educational Bulletin. Antimicrobial therapy for obstetric patiens, Number 245, March 1998.
13. ACOG. Practice Bulletin. Premature rupture of membranes. Number 1, June 1998.
14. Arias F, Guia practica para el embarazo y el parto de alto riesgo, 2a. Edición. Mosby/ Doyma Libros,1994.
15. Sarmiento A, Soto A, Lozano F, Baquero R, Guias en Medicina Materno fetal. Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Talleres Gráficos Paramericana. 1998.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Pruebas Aportadas 2020-00232

➢ Anexo Demanda- Videos:

Anexos: 2:

https://etbcsj-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/j01admvcio_cendoj_ramajudicial_gov_co/EpIqAI25LeJLmjIkMJ86-aAB909tSQc6Y4JNOM65Tk_kHA?e=6fDJ6G

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Fecha: 4/12/2020 10:24:37 a.m.

NÚMERO RADICACIÓN: **50001333300120200023200**

CLASE PROCESO: REPARACION DIRECTA

NÚMERO DESPACHO: 001 **SECUENCIA:** 2378636 **FECHA REPARTO:** 4/12/2020 10:24:37 a.m.

TIPO REPARTO: EN LÍNEA **FECHA PRESENTACIÓN:** 4/12/2020 10:14:59 a.m.

REPARTIDO AL DESPACHO: JUZGADO ADMINISTRATIVO ORAL 001 VILLAVICENCIO

JUEZ / MAGISTRADO: CARLOS ALBERTO HUERTAS BELLO

TIPO ID	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	APELLIDO	PARTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	1148205130	FRANCY ELENA	ROJAS	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	88174996	LUIS YOVANI	AREVALO MENDOZA	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	6847823	EDUARDO	CHIPIAJE AMAYA	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE EXTRANJERA	30217673	ELVIA	ROJAS GARCIA	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	27609381	FILOMENA	MENDOZA DE BOODA	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	1072195780	DARLYN JOHANNA	AREVALO MUNAR	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	80226754	FREDY ALEJANDRO	BALLEN MARTINEZ	DEFENSOR PRIVADO
		EPS MALLAMAS		DEMANDADO/INDICIADO/CAUSANTE
		ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS		DEMANDADO/INDICIADO/CAUSANTE

Archivos Adjuntos

	ARCHIVO	CÓDIGO
1	DEMANDA_4-12-2020 10.21.39 a.m..pdf	9544F656FD51DED6695D095BE92A580DAB0D30C6
2	DEMANDA_4-12-2020 10.21.51 a.m..pdf	AAE6D1F6346177FD7C99A7E98AFDE7EE05DFEEF4
3	DEMANDA_4-12-2020 10.22.04 a.m..pdf	961DD9C70E9886C4EFE94FFD004256822C4F83D7
4	DEMANDA_4-12-2020 10.22.15 a.m..pdf	AA833896A073D3D3A3527F1AD3C6BCCFC35A9D15
5	DEMANDA_4-12-2020 10.22.27 a.m..pdf	74E2AA01FC8927510F64F85BDC63578E720CD381
6	DEMANDA_4-12-2020 10.22.43 a.m..pdf	D1A351A37D1D47E093CE3440945E4EB5446F8838
7	DEMANDA_4-12-2020 10.23.12 a.m..pdf	D9EC7FDCA768162C420C62E3DD266EC778DC4A35

8	DEMANDA_4-12-2020 10.23.25 a.m..pdf	A74A8FA104C998622A738D1A5A45DB3F6FE78E7F
9	DEMANDA_4-12-2020 10.23.32 a.m..pdf	8D93080B6CEEF032131382775A936330EB3FEBB2
10	DEMANDA_4-12-2020 10.23.44 a.m..pdf	E2D0015048A52895FF565182FAB58F6239159614
11	DEMANDA_4-12-2020 10.23.52 a.m..pdf	01F4673C0D49DE8BA3140DB30AE1A4F505DC9197
12	DEMANDA_4-12-2020 10.24.10 a.m..pdf	B5FD9C7C9A6C35606935815D8B0B95A977FFF440
13	DEMANDA_4-12-2020 10.24.28 a.m..pdf	2F0DBA254F4F61481EF36801C4F1481D5B3C8235

0b289a19-4056-4ae1-9022-748285f7fe68

LIZZETH TARDONA ESTRADA

SERVIDOR JUDICIAL